

SUR

N° 42

LES TUMEURS

DES GLANDES SALIVAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 25 JUILLET 1893

PAR

Gustave POUJOL

Né à Lunel (Hérault)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX (Concours 1888)

PRÉPARATEUR DE PHYSIOLOGIE (1891)

PRÉPARATEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1892)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O. * * *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne.....	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. KIENER, <i>président</i> .	MM. DUCAMP, agrégé.
TÉDENAT, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR LANNEGRACE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR KIENER

Chevalier de la Légion d'honneur

Directeur du Service de santé du XVI^e Corps d'armée.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

G. POUJOL.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit depuis cinquante ans sur les tumeurs des glandes salivaires, sur la parotide et la sous-maxillaire en particulier. Pour la parotide, l'histoire des tumeurs de cette glande commence avec le mémoire de Bérard(1). Ce mémoire fut écrit pour tâcher de guider la conduite du chirurgien : il portait à la connaissance du public un nombre assez grand de faits disparates incomplètement étudiés. En 1858, Dolbeau, alors prosecteur à la Faculté, publie dans la *Gazette hebdomadaire* (2) un mémoire sur le chondrome parotidien. Bauchet (3), en 1860, dans un mémoire que je n'ai pu me procurer, groupe, sous le nom d'hypertrophies parotidiennes, toutes les tumeurs de la glande. Depuis, c'est dans les thèses de Paris et dans les bulletins des sociétés savantes qu'il faut suivre les progrès de la question. Ferreira-Alvim (4), en 1886, Masse, en 1868 (5), consacrent leur travail inaugural au chondrome de la parotide. Branlat (6), en 1874, tente dans

(1) Bérard, thèse de concours, 1841.

(2) Dolbeau, *Gazette hebdomadaire*, 1858.

(3) Bauchet, *Société de chirurgie*, 1860.

(4) Ferreira-Alvim, thèse Paris, 1866.

(5) Masse, thèse Paris, 1868.

(6) Branlat, thèse Paris, 1874.

sa thèse une étude d'ensemble des tumeurs parotidiennes. M. Planteau (1), en 1876, étudie dans sa thèse les « tumeurs hypertrophiques complexes » de la parotide, et, le premier, accompagne des observations cliniques précises d'examens histologiques approfondis. M. Michaux (2) apporte le même soin d'étude complète à sa monographie du carcinome parotidien. Pérochaud (3) ajoute à l'anatomie pathologique des tumeurs de la parotide une importante contribution avec sa thèse de Paris (1885). En 1890, une dernière thèse paraît sur la matière, c'est celle de Rodriguez (4), consacrée au sarcome parotidien. Depuis 1870, de nombreuses pièces ou observations ont été présentées à la Société anatomique ou à la Société de chirurgie, donnant lieu à d'utiles échanges de vues. Beaucoup de ces documents ont servi aux thèses citées. Enfin on peut utilement chercher dans les traités de pathologie et dictionnaires l'état de l'opinion médicale aux diverses époques. J'ai ainsi consulté le *Dictionnaire en 30 volumes* (article de Bérard, 1841), le *Compendium de chirurgie* (article de 1860), l'article *Salivaire* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (Delorme), l'article de Chrétien du *Dictionnaire encyclopédique*. Enfin j'ai cherché la dernière formule dans le *Traité de chirurgie* (article de Hartmann, 1891).

Telle est pour la parotide la liste des travaux français qu'il faut parcourir pour une enquête consciencieuse. On me pardonnera d'avoir reculé devant l'énorme effort que représente,

(1) Planteau, thèse Paris, 1876.

(2) Michaux, thèse Paris, 1884.

(3) Pérochaud, thèse Paris, 1885.

(4) Rodriguez, thèse Paris, 1890.

pour un Français mal instruit de la langue, semblable enquête poursuivie à travers la touffue littérature allemande.

Pour la sous-maxillaire, les travaux sont beaucoup moins nombreux. La thèse de Talazac (1) est consacrée aux tumeurs de cette glande et n'apporte pas à la question de document précis. En outre d'observations communiquées aux sociétés savantes ou éparses dans les journaux, les deux travaux les plus considérables sont un mémoire de Nepveu (2) sur l'adéno-chondrome sous-maxillaire présenté en 1879 à la Société de chirurgie, et la thèse de Jouliard, consacrée aux tumeurs malignes.

Quant aux autres glandes salivaires, sublinguale et glandes sous-muqueuses, la contribution que j'apporte à l'histoire de leurs tumeurs est faible. Je n'ai pas fait la revue générale des travaux antérieurs.

Dans la revue que j'ai faite, j'ai moins voulu suivre l'évolution de la pensée médicale et recueillir les éléments d'un historique détaillé, que chercher les documents précis, définitifs, qui peuvent servir à se faire une opinion ferme sur la pathologie des tumeurs des glandes salivaires. Je n'ai accueilli que les observations pourvues d'examen histologique suffisamment explicite, attachant surtout du prix à celles où un examen histologique détaillé était accompagné d'une histoire clinique précise. J'ai ainsi constitué un dossier d'environ quatre-vingts bonnes observations de tumeurs parotidiennes ou sous-maxillaires, en comprenant dans ce chiffre un apport

(1) Talazac, thèse Paris, 1869.

(2) Nepveu, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1879.

de près de vingt faits nouveaux. Ces observations appartiennent toutes à M. le professeur Kiener, qui a examiné les pièces, recueilli le plus possible de renseignements cliniques, enfin écrit un certain nombre des examens histologiques. La mise au jour de ces documents a motivé le présent travail, et sera son principal, peut-être son seul mérite. A l'aide des quatre-vingts faits ainsi recueillis, j'ai cherché à me faire une opinion sur les différents points de la pathologie des tumeurs des glandes salivaires. C'est cette opinion que je vais exposer.

Les tumeurs des glandes salivaires sont conjonctives ou épithéliales, c'est-à-dire que le *primum movens* du processus pathologique a porté son action principale sur le tissu conjonctif ou l'épithélium. Les tumeurs conjonctives ont l'origine de leurs éléments dans le tissu conjonctif d'un lobule glandulaire. Ces tumeurs sont unies par des parentés anatomiques et cliniques, si étroites qu'on peut les réunir en un groupe naturel; elles revêtent le type de structure sarcome, chondrome, fibrome ou myxome, sans que ces distinctions anatomiques paraissent correspondre à des différences de nature. Dans leur premier développement, il est de règle — règle qui n'est pas sans exception — que les éléments épithéliaux du lobule intéressé par la maladie, au lieu de s'atrophier primitivement, perdent leur type normal, et se multiplient en donnant lieu à des formations épithéliales de structure variée. Les tumeurs conjonctives sont donc presque toujours mélangées au début d'un élément épithélial et méritent le nom d'*adéno-chondrome*, *fibrome* ou *sarcome*. Dans le développement ulté-

rieur du néoplasme, la partie conjonctive du tissu peut étouffer les formations glandulaires : c'est alors une tumeur conjonctive pure qui est réalisée. Plus fréquemment les formations épithéliales persistent, quel que soit l'accroissement de la tumeur. J'aurai à examiner si même il est possible que cet élément épithélial se mette à proliférer d'une façon désordonnée, et qu'une tumeur d'abord conjonctive avec formations épithéliales secondaires se transforme ainsi en carcinome. J'ajoute que, de tous les types de tumeurs conjonctives, le chondrome est le plus fréquent de beaucoup. Enfin, les divers types anatomiques peuvent se rencontrer dans les différents territoires d'une même tumeur : c'est la tumeur *mixte* de Pérochaud, *complexe* de Planteau.

Quant aux tumeurs épithéliales, elles se rapportent au carcinome.

Chondrome et adéno-chondrome en première ligne, fibrome, myxome, sarcome, unis à des formations épithéliales plus ou moins développées, carcinome, telles sont l'immense majorité des tumeurs des glandes salivaires. Je présenterai dans des chapitres séparés l'anatomie pathologique détaillée et l'esquisse clinique des divers types anatomiques de tumeurs que je viens de nommer.

Le lipome, le lymphadénome, les angiomes et lymphangiomes, sont des raretés pathologiques. Je consignerai ce qu'on sait de plus essentiel à leur sujet, n'ayant pas de fait nouveau à apporter à leur étude.

Ayant ainsi étudié analytiquement les structures variées qui peuvent se réaliser avec les circonstances cliniques correspondantes, dans un chapitre de synthèse, je présenterai

l'ensemble de l'anatomie pathologique, un essai de classification, et j'étudierai les transformations possibles. Dans un dernier chapitre consacré à la clinique, je rechercherai quelle peut être la pénétration du diagnostic, et quels éléments peuvent l'aider.

Que mon excellent maître, M. le professeur Kiener, me permette d'inscrire son nom en tête de ce travail. Ses bontés particulières et le haut enseignement que dégagent sa parole et son exemple m'ont constitué envers lui une dette de reconnaissance dont je sens l'étendue.

M. le professeur agrégé Hédon a été le plus affable, le plus familier des maîtres pendant le temps que j'ai été son préparateur; je lui exprime toute ma gratitude.

Enfin, je n'oublierai jamais que je dois à la Faculté de Montpellier toute mon instruction médicale. Je remercie les professeurs de cette École de la constante bienveillance que j'ai rencontrée chez tous.

SUR

LES TUMEURS

DES GLANDES SALIVAIRES

CHAPITRE PREMIER

Tumeurs conjonctives avec ou sans formations épithéliales. — Variété chondrome.

Ces tumeurs sont de beaucoup les plus fréquentes. Aussi ai-je pu leur constituer un dossier considérable comprenant une trentaine d'observations.

GROSSE ANATOMIE. — Ces tumeurs présentent le caractère commun d'être constituées en totalité ou en grande partie par du cartilage.

Les chondromes et adéno-chondromes siègent le plus souvent à la parotide. Ils paraissent être à la sous-maxillaire les tumeurs les plus fréquentes. On les a vus développés aux dépens des glandules du voile du palais (1) ou des lèvres (2).

(1) Obs. personnelle.

(2) Deux obs. de Pérochaud.

Leur volume est des plus variables. La tumeur, grosse comme un petit pois ou une noisette, quand le malade aperçoit son existence, peut atteindre des dimensions considérables, mesurer plus de 25 centimètres dans ses différents diamètres, et à la parotide notamment constituer une masse considérable reposant sur l'épaule et la clavicule (1). Le poids dépassait 4 kilogrammes dans une observation du dossier. Toutefois il est rare que les malades laissent leur tumeur atteindre ces dimensions. Les opérations sont généralement pratiquées pour des tumeurs du volume d'une noix, d'un œuf de poule, du poing.

L'adéno-chondrome est le plus ordinairement isolé de la glande saine par la majeure partie de sa surface. C'est une tumeur à limites nettes, sans adhérences aux parties voisines dont le sépare une zone de tissu cellulaire lâche. Un pédicule peut relier la tumeur à la glande saine (2). Plus souvent ce pédicule n'existe pas, la tumeur est complètement énucléable.

Le mode de développement de la tumeur est éclairé par son encapsulement et l'existence du pédicule (dans un cas reconnu de tissu glandulaire sain) qui la relie au reste de la glande. La tumeur se forme aux dépens d'un seul lobule de la glande; une fois née, elle se développe aux dépens de sa propre masse, en comprimant et refoulant les tissus ambiants, avec peu de tendance à contracter des adhérences avec eux. C'est ainsi que la tumeur est à l'origine libre et mobile, et, si elle est développée aux dépens d'un lobule superficiel de la glande, elle devient libre sous la peau. Aussi le développement aux dépens de la glande a-t-il pu être révoqué en doute

(1) Ferreira-Alvim, obs. XII.

(2) Dolbeau, p. 719. — Ferreira-Alvim, obs. XVI. — *Soc. anatom.*, janvier 1877. — Jouliard, obs. VII.

quelque temps. Velpeau croyait à l'origine ganglionnaire des tumeurs parotidiennes. Si c'est un lobule plus profond de la glande qui a été transformé en tumeur, celle-ci peut rester longtemps séparée de la peau par une couche de tissu glandulaire sain, que l'opérateur doit traverser pour l'énucléer (1).

Le défaut d'adhérence aux parties voisines est la règle, mais souffre quelques exceptions; les adhérences accidentelles sont la cause des dégâts opératoires qui s'observent assez souvent (section du facial, blessure d'artères importantes) (2).

La peau se laisse en général distendre et amincir sans s'altérer, sans adhérer. Quelquefois elle devient luisante, rougit et s'ulcère, comprimée qu'elle est par les bosselures de tumeurs de rapide développement (3).

La forme de la tumeur est plus ou moins proche d'un ovoïde. Sa surface est le plus souvent bosselée, exceptionnellement elle est régulièrement arrondie (4).

La consistance est des plus variables, uniformément molle, ferme, avec résistance élastique, uniformément dure. D'autres fois des points sont très durs, d'autres quasi fluctuants, et Dolbeau écrivait déjà que « le chondrome se présente dans tous les cas comme une tumeur très bosselée, molle dans beaucoup de points. » La circonstance la plus fréquente est que la consistance est dure uniformément s'il s'agit de tumeurs de petit volume; dans les tumeurs volumineuses, les points ramollis sont la règle

(1) Ferreira-Alvim, obs. XV. — *Soc. anat.*, 1867. — Masse, obs. II. — Obs. person., II, pièce 104.

(2) Dolbeau, p. 688. — *Soc. anat.*, 1867. — Masse, obs. III. — Planteau, obs. V. — Trélat, leçon n° XXVII. — Joulard, obs. VII. — Obs. person. III, pièce 240.

(3) Dolbeau, p. 886. — Demarquay, 1861. — Masse, obs. II. — Trélat, leçon n° 27.

(4) Ferreira Alvim, obs. XV. — Trélat, leçon n° 27. — Dolbeau, p. 805.

Le tissu des chondromes présente des aspects assez variés. Il peut arriver qu'on puisse faire à l'œil nu le diagnostic, la tumeur ayant les caractères typiques du chondrome; du contour lobulé, des cloisons fibreuses pénètrent dans la profondeur et divisent la section en territoires arrondis; le tissu est blanc nacré, translucide, sec, à section nette (1).

Des parties calcifiées peuvent se montrer au centre ou à la périphérie d'un lobule cartilagineux (2).

Des lobules sont parfois mous et laissent s'écouler à la section un liquide colloïde (3).

La division en lobules n'est pas constante; la section peut être homogène, blanche ou blanc rosé.

Un autre aspect est le suivant: des taches nacrées évidemment cartilagineuses sont séparées par un tissu moins ferme, plus jaune ou rosé, qui peut être du cartilage embryonnaire, ou bien un seul noyau central cartilagineux est entouré par le tissu plus tendre et rosé.

Voici encore des circonstances plus frappantes (4): une tumeur volumineuse incisée laisse voir une disposition aréolaire; une lame d'aspect fibreux circonscrit des loges grandes comme une noix ou un grain de chènevis; ces loges contiennent soit une substance molle, rougeâtre, semblable à un ancien épanchement sanguin, soit même de vrais caillots.

Tous les aspects que je viens d'indiquer peuvent appartenir au chondrome non mélangé d'épithélium.

Les parties adénomateuses peuvent trahir leur existence à l'examen macroscopique par la consistance molle du tissu, son aspect acineux (juxtaposition de petits grains), sa couleur

(1) Ferreira Alvim, obs. XII et XVI.

(2) *Société anatomique*, 1877, et mai 1890.

(3) Masse, obs. II.

(4) Dolbeau, p. 805 et 886. — *Gazette des hôpitaux*, 1861.

jaunâtre, ou l'existence de petits kystes microscopiques de forme régulière. Dans un cas, l'existence de globes épidermiques se révélait par de petits grains jaunâtres.

CLINIQUE. — J'ai décrit les caractères d'anatomie macroscopique des adéno-chondromes salivaires. Un ordre logique m'amènerait à présenter de suite leur histologie. Cependant, la plupart de leurs caractères cliniques étant les conséquences directes de leurs caractères anatomiques, je vais dire le plus brièvement possible ce que sont cliniquement les adéno-chondromes.

Ces tumeurs apparaissent avant la cinquantième année. Surtout fréquentes à la parotide, puis à la sous-maxillaire, elles ont un début insidieux. Le malade s'aperçoit par hasard qu'il est porteur d'une petite grosseur roulant sous le doigt et paraissant sous-cutanée. A la parotide, la nodosité, qui est sous-aponévrotique, devient moins mobile, quand on tend l'aponévrose par la contraction du sterno-mastoïdien. La grosseur est alors du volume d'un pois ou d'une noisette. Son siège est en un point quelconque de la surface des régions parotidienne ou sous-maxillaire. Une nodosité siégeant à l'angle de la mâchoire peut dépendre aussi bien de la parotide que de la sous-maxillaire. L'accroissement est généralement très lent. La tumeur peut mettre vingt ans à atteindre le volume d'un petit œuf(1). Le développement peut aussi être plus rapide et par exemple la tumeur atteindre en sept ans le volume d'un œuf de dinde. L'accroissement peut être graduel ou marqué de poussées dont le traumatisme est parfois l'occasion(2). J'ai indiqué à l'anatomie pathologique ce qui a trait au volume, à la consistance et aux bosselures de la surface.

Les tumeurs cartilagineuses ont des limites assez faciles à

(1) Planteau, obs. III.

(2) Ferreira-Alvim, obs. XII.

préciser. La mobilité sur les parties profondes est la règle très générale. Dans deux observations, cette mobilité était faible ou nulle.

La peau est mobile et ne présente généralement pas d'altérations. Elle peut cependant s'ulcérer par la pression de bosselures saillantes ou par l'effet de moyens thérapeutiques malencontreux.

A part la gêne résultant du volume, il n'y a pas de troubles fonctionnels (douleurs, paralysie faciale pour les tumeurs parotidiennes, compressions vasculaires, troubles de l'insalivation, de la déglutition, de la phonation, de l'audition). Tout au plus note-t-on quelques douleurs, lors des poussées d'accroissement, des bourdonnements d'oreilles accompagnant les tumeurs parotidiennes volumineuses, ou chez les femmes quelques élancements aux époques cataméniales.

Au sujet de la récurrence, on se ferait peut-être une fausse opinion en dépouillant simplement la statistique des opérations. En effet, le plus grand nombre des faits sont portés à la connaissance du monde médical de suite après la guérison opératoire, et, si la récurrence n'est pas notée, c'est peut-être qu'elle n'a pas eu le temps de se produire. Après la guérison opératoire complète, quelques années se passent où le malade a pu se croire débarrassé; puis, une nouvelle tumeur se développe, présentant les caractères de la première. Comme il y a des chances pour que la première ablation ait été complète, s'adressant à une tumeur encapsulée à limites précises, Virchow explique les récurrences par leur développement aux dépens d'un lobule atteint d'une maladie locale semblable à la première, mais non dépendante de celle-ci(1). En somme, les documents publiés ne permettent pas d'apprécier la fréquence des récurrences. Je ne serais pas étonné qu'elle fût assez

(1) Virchow, *Traité des tumeurs*, 1867, t. I, p. 516.

considérable, d'après ce qu'on sait et ce que j'ai vu pour des chondromes d'autres tissus récidivant six et sept fois jusqu'à la fin être inopérables et entraîner la mort des malades. Pour les tumeurs parotidiennes, l'étroitesse de la rainure où l'on poursuit l'isolement de la tumeur peut faciliter les opérations incomplètes et les récidives par accroissement d'une portion non enlevée de la tumeur primitive.

L'état général ne souffre jamais de l'existence de l'adéno-chondrome; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; je ne connais pas d'exemple de généralisation : ces tumeurs présentent donc la plupart des caractères des tumeurs bénignes, le point de la récidive étant réservé.

J'ai décrit la grosse anatomie des adéno-chondromes, ainsi que les traits principaux de leur clinique; il me reste à étudier leur histologie. Aux examens de Planteau, de Pérochaud, à quelques-uns de Ranvier, de Cornil, j'ajoute la contribution des cinq observations suivantes :

Observation Première

(Pièce n° 301)

Adéno-chondrome parotidien

Pièce recueillie à l'amphithéâtre chez un homme de quarante ans environ, mort de phtisie pulmonaire. Petite tumeur siégeant à la région parotidienne gauche, sous-cutanée, dure et lobulée, ayant le volume d'un gros marron. Elle est très nettement enkystée dans toute son étendue et adhère à la parotide en paraissant faire partie du prolongement antérieur de cette glande. Une section médiane montre un tissu d'une dureté presque cartilagineuse, constitué par des trainées blanches opalescentes très dures, entrecroisées dans tous les sens et circonscrivant des flots arrondis d'une consistance plus molle et d'un aspect translucide. Ces flots sont petits dans l'intérieur de la tumeur, mais à la périphérie ils constituent des mamelons beaucoup plus volumineux, pouvant atteindre le volume d'une aveline. Point de kystes appréciables à l'œil nu.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — La tumeur a la structure du chondrome. Une portion de l'enveloppe fibreuse qui la circonscrivait est comprise dans la coupe ; elle contient d'assez nombreux vaisseaux et quelques vésicules adipeuses. Des ébauches de cloisons fibreuses se détachent de l'enveloppe, et se continuent avec des cloisons chondrifiées qui délimitent des territoires dans le tissu du chondrome. Les cloisons sont de fibro-cartilages sans fibres élastiques. Dans les territoires qu'elles délimitent, de nombreuses fibres élastiques enchevêtrées parcourent la substance fondamentale.

Les cellules cartilagineuses sont rameuses, dépourvues de capsules.

Dans quelques-uns des flots chondromateux se voient des traînées compactes de cellules disposées en réseau. Le plus souvent les cellules périphériques de ces traînées sont étoilées et comprises dans le cartilage. Je pense pourtant qu'il ne s'agit pas de réseau de cellules conjonctives, mais bien d'épithélium. En effet, sur quelques traînées cellulaires, transversalement coupées, j'ai observé que les cellules cohérentes étaient comprises dans une cavité creusée dans la substance fondamentale, cavité dont on distinguait le contour net continu ; de plus, quelques-unes des cellules avaient une forme polygonale massive et adhéraient par leurs bords. Le manchon de cellules étoilées représenterait le revêtement conjonctif cellulaire d'un tube glandulaire normal.

Observation II

(Pièce n° 104)

Adéno-chondrome de la parotide

Tumeur opérée le 1^{er} octobre 1880 chez un garde de Paris, âgé de quarante-quatre ans. Elle est apparue à la région parotidienne, il y a neuf ans, sous forme d'une boule dure bien circonscrite qui, pendant plusieurs années, n'a pas dépassé les dimensions d'une petite cerise ; depuis un an, elle a assez rapidement augmenté de volume et se présente, au moment de l'opération, comme une tumeur du volume d'une grosse noix, lobulée, très ferme, sans adhérences avec la peau, facile à déplacer sur les parties profondes.

La tumeur se compose de quatre à cinq lobes arrondis, à surface lisse, du volume d'une grosse cerise chacun ; quelques-uns de ces lobes présentent eux-mêmes à leur surface des lobules secondaires du

volume d'un grain de chènevis. La tumeur siège dans l'épaisseur de la glande parotide, qui adhère à sa face postérieure et la recouvre latéralement, laissant émerger la partie antérieure. Le tissu de la néoplasie est dur, d'une couleur blanche, hyaline par places, opalescente. La surface des sections est sèche et présente vaguement à la loupe une disposition acineuse.

La tumeur se compose d'un stroma fibro-cartilagineux et d'un réseau de tubes ou traînées épithéliales en proportions à peu près équivalentes.

Les traînées épithéliales présentent, tantôt une lumière ou fente centrale, tantôt des kystes remplis d'une matière colloïde. Leur contour n'est pas toujours nettement distinct du tissu interstitiel ; d'autre part, la forme et l'arrangement des cellules ne rappellent pas toujours ceux d'un tube glandulaire ; il y a peut-être infiltration dans les réseaux lymphatiques.

Le tissu interstitiel est fibreux avec des plaques cartilagineuses limitées, dont les capsules sont fréquemment infiltrées de substance colloïde. Par places, le tissu est muqueux.

Observation III

(Pièce n° 240)

Adéno-chondrome de la glande sous-maxillaire

Jeune fille, dix-neuf ans, de bonne santé. Quatre ans avant l'intervention, aperçoit l'existence de la tumeur à l'angle de la mâchoire, à gauche ; tumeur mobile non douloureuse. Il y a un an, accroissement sensible, la tumeur est un peu douloureuse à la pression et perd de sa mobilité.

Entrée à l'hôtel-Dieu de Nîmes, le 22 février 1892, dans le service de M. le docteur Reynaud, chirurgien en chef. La tumeur occupe la région sous-maxillaire gauche, elle est grosse comme un œuf de poule, dure, lisse, bilobée vers la partie inférieure, bien délimitée en avant, mal en arrière, peu mobile. La peau, saine, est mobile sur la tumeur.

Le 23 février, M. Reynaud énuclée la tumeur sans difficulté. Le 29 février, pansement. Fin mars, guérison.

Au mois de mai 1893, rien ne fait prévoir une récurrence.

La tumeur a le volume d'un petit œuf de poule et pèse 50 grammes.

Elle se compose de deux portions ayant chacune la forme d'une datte, étroitement unies par une cloison conjonctive. A la surface de l'une, adhèrent des lobules bien reconnaissables de la glande sous-maxillaire. La tumeur est d'ailleurs indépendante et séparée des lobules glandulaires par une capsule fibreuse.

Sur une surface de section, on voit qu'une des deux portions est composée par un tissu dur, sec, blanc, avec des traînées probablement cartilagineuses.

L'autre est manifestement plus molle et un peu rosée, mais paraît avoir même structure.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Personnel.) — *Première série de coupes.* — Quelques rares traînées fibreuses sillonnent la préparation. Le reste de la coupe montre un tissu conjonctif riche en cellules avec substance intercellulaire fluide ayant subi, par îlots ou par traînées, l'infiltration cartilagineuse.

Les parties non cartilagineuses montrent un arrangement plexiforme de traînées cellulaires, vues tantôt en coupe transversale, tantôt suivant leur longueur. Ces traînées sont composées de cellules et d'une substance conjonctive intercellulaire. Les cellules sont de divers types : souvent ce sont des fibroblastes avec un noyau grêle, allongé, coloré dans sa masse ; d'autres fois, le protoplasma est plus ramassé, le noyau volumineux, ovoïde, vésiculeux ; enfin, dans certains points, un noyau vésiculeux et presque sphérique est entouré d'un protoplasma rameux, dont les courtes pointes s'unissent de suite aux pointes des cellules voisines. Il n'existe pas de cellules à noyaux géants. La substance conjonctive intercellulaire est d'une abondance variable ; elle apparaît sous l'aspect de très fines fibrilles emmêlées en tous sens, ou bien d'un réticulum dont les travées homogènes, plus ou moins étroites, comprennent entre elles les cellules. Ce dernier aspect indique la fluidité de la substance unissante. Par places, on observe de petits kystes. Le contenu en est d'aspect homogène et granuleux, ou finement réticulé à larges mailles. A la périphérie de ces kystes, les cellules conjonctives se disposent fréquemment en bordure régulière, elles sont gonflées et très claires.

Le cartilage est disséminé de la façon la plus irrégulière dans le tissu, sous forme d'îlots et de traînées de toutes dimensions. La transition du tissu conjonctif au cartilage est insensible ; la substance fondamentale, plus abondante, révèle son changement de nature par une

coloration lilas clair, tandis que le tissu conjonctif est marron ; cette substance homogène ou fibrillaire, limite des cavités espacées contenant une cellule en général grêle, et qui quelquefois est rameuse, ses prolongements parcourant la substance fondamentale.

De grosses vésicules de graisse sont éparses dans la coupe.

Deuxième série de coupes. — Le tissu est composé de cartilage et d'amas épithéliaux. Ces derniers sont légèrement prédominants sur la substance conjonctive.

Le cartilage constitue à lui seul des champs assez étendus, ou existe sous forme de traînées ou amas épithéliaux. Dans les larges surfaces où il existe seul, on reconnaît aisément la nature cartilagineuse du tissu aux caractères suivants : la substance fondamentale est très brillante, homogène, les cellules espacées sont en grand nombre rameuses. On observe fréquemment la disposition suivante : des champs circulaires, où les cellules rameuses sont régulièrement espacées, comprennent entre eux un réseau de cellules fusiformes ou étoilées. Le plus souvent, il n'existe pas de capsules cartilagineuses. Il existe pourtant dans la préparation un flot de cartilage embryonnaire, où les cellules, séparées par une très faible quantité de substance fondamentale, sont toutes rondes et comprises dans une cavité à contours apparents.

Les traînées de substance conjonctives intriquées d'une façon plus ou moins intime avec les amas épithéliaux sont plus difficiles à caractériser comme cartilage. Les noyaux conjonctifs y sont le plus souvent gros, clairs, vésiculeux, de forme allongée, avec beau nucléole, et présentent des incisures. Quelques-uns sont des noyaux de fibroblastes. La substance fondamentale est striée parallèlement au grand axe des noyaux. Il n'existe pas de capsules. Cependant si l'on tient compte de la réfringence de la substance fondamentale, de sa fibrillation indistincte, de la cassure nette qui s'observe à la limite des lacunes accidentelles de la préparation, enfin de ce qu'on sait sur le reste de la tumeur, on s'autorise à dire que c'est encore là du cartilage.

L'élément épithélial existe, soit en larges nappes, soit en traînées massives anastomosées en réseau et terminées par des bourgeons pleins ou des pointes effilées. La limite des amas épithéliaux et des parties conjonctives est souvent difficile à préciser. La diffusion de l'épithélium est extrême. Les noyaux des deux ordres peuvent être impossibles à distinguer. Il est pourtant certain qu'il s'agit d'épithélium.

Au faible grossissement, la disposition générale d'épithélioma tubulé suivant la définition des classiques est frappante. Au fort grossissement, on trouve des raisons plus solides. Au centre des masses épithéliales désagrégées par la préparation, on peut observer les cellules isolées, et les reconnaître pour épithéliales et même malpighiennes à leur forme polygonale, à leurs bords dentelés, à leur intime union par leurs bords. Portant l'observation sur les limites des traînées d'épithélium, on peut voir que la rangée périphérique de cellules présente des noyaux ovoïdes, ou grêles, aplatis et colorés, et que ces noyaux ont tous leur grand axe perpendiculaire à la surface d'implantation. Ailleurs on surprend quelques cellules de la même rangée implantées par leur pied sur l'enveloppe conjonctive aussi régulièrement que des cellules de tubes rénaux. Ailleurs c'est une séparation accidentelle qui montre isolés, d'une part, la ligne limitante régulière de l'enveloppe conjonctive; d'autre part, la rangée régulière de cellules qui était appliquée dessus. Enfin on peut observer de vrais canaux glandulaires: des sections transversales de bourgeons épithéliaux montrent plusieurs rangées de cellules autour d'une lumière centrale très régulièrement circulaire.

Les noyaux des cellules épithéliales sont presque tous semblables, ronds ou ovoïdes, de dimensions peu différentes, réguliers. En aucun point du tissu on n'observe de dégénération, ni de nécrose. En un mot, aucun caractère de malignité.

Troisième série de coupes. — Le tissu est essentiellement composé de cartilage; celui-ci est disposé en territoires à contours généralement arrondis, dont les limites peu précises sont formées par des amas de cellules conjonctives aux dépens desquels le cartilage s'est développé. Dans le tissu ainsi constitué, des traînées fibreuses tracent des séparations plus ou moins distinctes.

Le cartilage est formé d'une substance fondamentale brillante, homogène ou faiblement striée. Les cellules sont grêles, à petit noyau diffusément coloré et protoplasma peu abondant; le plus grand nombre sont rameuses: autour d'elles, on peut quelquefois distinguer un espace très clair à contour net, indiquant la cavité qui les contient; mais ce n'est pas la règle. Ces cellules sont dans un arrangement particulier, et tel que de petits champs cartilagineux arrondis à cellules également espacées sont séparés par des cellules cartilagineuses plus tassées, disposées en réseau. J'explique ainsi cette disposition:

dans l'amas de cellules conjonctives où s'est fait le développement du cartilage, l'interposition de chondrine a débuté à la fois sur plusieurs points voisins, puis la transformation s'est progressivement étendue autour de ces centres multiples; entre les cercles cartilagineux néoformés, les cellules non encore englobées se trouvaient disposées en réseaux bientôt fixés dans leur forme par la transformation cartilagineuse.

Les limites des territoires cartilagineux se perdent dans des amas de cellules; ce sont de belles cellules conjonctives à gros noyau, presque toutes rameuses et anastomosées; dans la plupart des amas on ne distingue pas de fibrilles conjonctives, la tendance est à former du cartilage, comme le montre parfois l'apparition d'une cellule encapsulée dans un petit espace circulaire réfringent. Par places, on peut observer la formation de fibres.

Quatrième série de coupes. — La coupe intéresse une portion de glande sous-maxillaire non envahie par la tumeur, séparée de celle-ci par une épaisse membrane fibreuse, assez riche en gros vaisseaux. Les lobes glandulaires montrent un certain degré de sclérose, les conduits excréteurs étant enserrés dans une épaisse et dense atmosphère fibreuse.

La portion néoplasique de la coupe offre une structure très semblable à celle que j'ai étudiée dans la deuxième série. Des îlots ou travées de cartilage adulte ou embryonnaire séparent des amas épithéliaux ordinairement disposés en cordons pleins anastomosés.

Observation IV

(Pièce n° 200)

Adéno-chondrome parotidien

Tumeur enlevée au mois d'avril 1891, par M. le professeur agrégé Estor, chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Le début remontait à dix ans; depuis quatre ans elle était stationnaire.

Tumeur superficielle, assez mobile, non adhérente à la peau. Énucléation.

Volume d'une grosse noix; consistance très dure. Sur la coupe, on voit des taches lenticulaires d'un blanc nacré, occupant principalement le centre, qui est légèrement déprimé. A la périphérie, lobulation

manifeste de la tumeur, et consistance un peu moindre qu'au centre.

Au mois d'avril 1893, la tumeur n'a pas récidivé.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. le professeur Kiener. — La structure est essentiellement cartilagineuse. Au centre de la tumeur, le cartilage est adulte et se présente sous les aspects variés de plaques hyalines, ou de fibro-cartilage, ou de cartilage élastique. Presque toujours les cellules sont rameuses, mais quelques-unes sont rondes et en capsules. A la périphérie, qui est assez nettement divisée en lobules par des cloisons fibreuses émanant de l'enveloppe fibreuse générale de la tumeur, la structure est celle d'un cartilage embryonnaire très riche en cellules.

Ce qui fait la difficulté et l'intérêt de cette pièce, c'est l'existence sur quelques points très disséminés de formations cellulaires tubulées, qu'on peut considérer comme des ébauches ou des restes de formations épithéliales.

Ces traînées cellulaires ont l'aspect, soit de tronçons de cylindre, soit de culs-de-sac glandulaires se continuant avec un conduit excréteur, soit enfin d'un réseau canaliculé dont quelques-unes des branches se terminent en pointe dans le tissu cartilagineux. On peut hésiter à considérer ces traînées comme de nature épithéliale, parce qu'elles n'ont pas de paroi propre, et que les cellules de la rangée périphérique sont manifestement incluses dans le tissu conjonctif, enfin parce que ces traînées se terminent çà et là en pointes dans le tissu conjonctif.

Ce qui me fait penser qu'il s'agit bien d'épithélium, c'est que : 1° plusieurs de ces traînées possèdent une lumière centrale, vide ou remplie par un moule colloïde ; 2° les acini sont fréquemment enveloppés d'une série de lamelles conjonctives concentriques plus transparentes que le reste du tissu conjonctif, comme cela a lieu pour les acini normaux ; 3° la rangée cellulaire périphérique qui est la cause de l'indécision peut être considérée comme un manchon adventice de cellules du type conjonctif, issues des cellules préexistantes de la gaine conjonctive de l'acinus. Ces cellules sont quelquefois disposées en deux ou trois couches.

Observation V

(Pièce n° 221)

Adéno-chondrome du voile du palais

La tumeur existait dans le voile du palais chez un homme de trente-deux ans, maçon, qui ne peut indiquer l'époque de son apparition. Elle s'est développée avec une absence si absolue de symptômes fonctionnels que sa femme s'est aperçue la première de l'existence de la lésion dans le moment où il bâillait. On a fait des badigeonnages à la teinture d'iode qui ont été douloureux et auxquels a succédé une plaie qui subsistait encore lors de l'opération. La tumeur siège sur la partie droite du voile du palais et semble partir du bord postérieur de la voûte palatine.

Pas de dégénérescence ganglionnaire. L'opération fut faite le 20 juin 1891 par M. le professeur Tédénat. Elle fut très simple. Badigeonnage à la cocaïne, incision longitudinale de la muqueuse au thermocautère, énucléation avec la sonde cannelée et le doigt. Peu d'hémorragie, cicatrisation rapide.

La tumeur a le volume d'une noix, elle est arrondie, mamelonnée, bien limitée par une membrane conjonctive, de consistance ferme sans être dure. Elle montre sur la surface de section une structure nettement acineuse, c'est-à-dire une série de mamelons de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de blé ; çà et là apparaissent de petits grains opaques, jaunâtres et secs, grands comme des grains de millet ; on voit aussi, mais seulement à la loupe, de petits kystes transparents et des fentes lacunaires irrégulières.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. le professeur Kiener. — Les fragments très frais ont été durcis dans l'alcool, l'acide pierique, la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées soit par le carmin chlorhydrique, soit par le picro-carmin.

La structure comprend un stroma et des formations épithéliales.

Stroma. — Il se compose de travées très irrégulièrement déchiquetées sur les bords, les unes larges, les autres étroites. Les plus larges s'unissent à l'enveloppe conjonctive extérieure et circonscrivent les lobules mentionnés à l'examen macroscopique ; elles renferment des coupes de vaisseaux et de canaux excréteurs qui seront dé-

crits plus bas. Les travées plus fines occupent l'intérieur des lobules : sur quelques points elles s'élargissent et forment des îlots circulaires ou irréguliers ; elles servent de moyen d'union aux formations épithéliales dont il sera question plus loin. La structure du stroma est assez variable ; tantôt c'est un tissu fibreux, dense, à fibres larges et nacrées et à cellules fusiformes grêles ; tantôt c'est un feutrage de fines fibrilles avec cellules conjonctives rameuses ; tantôt enfin on reconnaît une plaque ou un îlot de cartilage à cellules encapsulées ; sur quelques points existent des groupes de cellules adipeuses.

Canaux excréteurs. — Dans les travées fibreuses périlobulaires on voit de nombreuses sections de canaux excréteurs, la plupart dilatées, anfractueuses et kystiques. Leurs parois sont tapissées d'un revêtement de cellules pavimenteuses dont les plus extérieures sont cylindriques, et les plus internes aplaties et quelquefois cornées. Leur lumière renferme un liquide de consistance muqueuse et des débris cellulaires. Certains de ces canaux dessinent de longues fentes ou lacunes courbes, embrassant dans leur convexité la moitié ou les trois quarts d'un lobule adénomateux, et l'on voit alors s'ouvrir dans leur lumière des canaux excréteurs secondaires qui se ramifient dans l'intérieur du lobule.

Formations adénomateuses. — Dans l'intérieur des lobules, les formations épithéliales ont l'aspect, soit de tubes ramifiés et terminés par des culs-de-sac, encore enveloppés d'une paroi propre ; soit de traînées épithéliales, anastomosées entre elles, n'ayant plus de paroi distincte, et se terminant quelquefois par des pointes d'accroissement qui s'enfoncent dans le stroma. L'ensemble des formations épithéliales occupe plus d'espace que le stroma correspondant. L'épithélium présente dans un certain nombre de ces formations le type glandulaire, la rangée extérieure se composant de cellules cylindriques, et le centre étant occupé par des cellules cubiques ou diversement déformées par la pression. Cependant un plus grand nombre de ces formations tend nettement au type épidermique, en ce sens que la partie centrale de la travée est composée de cellules malpighiennes unies entre elles par de fins prolongements. Dans les travées les plus larges les cellules centrales se désagrègent, perdent leur noyau et prennent l'aspect de cellules cornées. Quelquefois ces lamelles cornées sont pelotonnées en forme de globes perlés, et ces globes correspondent aux petits grains secs et jaunâtres signalés dans l'examen macroscopique. Ailleurs les

cellules centrales de la travée subissent une fonte en gouttelettes, et sont ainsi l'origine de kystes à contenu colloïde.

En résumé, cette tumeur est formée par un stroma fibreux et cartilagineux et par des formations épithéliales à évolution épidermique. Elle est tout à fait comparable à certaines formes d'adéno-chondrome qu'on observe fréquemment dans les glandes salivaires et dans le testicule.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DU CHONDROME ET DE L'ADÉNO-CHONDROME

A l'examen microscopique, le tissu cartilagineux peut être ou n'être pas mêlé de formations épithéliales. Dans le premier cas, la tumeur est dite adéno-chondrome ; dans le second, elle est chondrome pur. Des tumeurs de tous volumes et de tous âges peuvent appartenir à l'une ou l'autre variété.

CARTILAGE. — Le cartilage peut présenter des structures assez variées. Il peut être embryonnaire, adulte, ou avoir subi des transformations ou dégénérescences diverses. L'observation III, pièce 240, m'a fourni un bon exemple de cartilage embryonnaire. J'y ai trouvé un arrangement plexiforme de traînées formées de cellules et d'une substance conjonctive intercellulaire ; les cellules sont du type fibroblaste ou du type rameux. La substance intercellulaire est fibrillaire, ou bien c'est un réticulum à travées homogènes. Le tissu est parsemé d'îlots de cartilage adulte. En d'autres points de la même tumeur, le cartilage, en voie de développement, se présente sous un autre aspect : à la limite de territoires cartilagineux adultes sont des amas de belles cellules conjonctives à gros noyaux, presque toutes rameuses et anastomo-

sées, quelques-unes encapsulées. C'est encore là du cartilage embryonnaire.

Le cartilage adulte se montre sous les diverses variétés qu'on connaît. Les cellules sont le plus souvent rameuses, anastomosées par leurs prolongements, d'autres fois rondes et encapsulées. La substance intercellulaire est homogène, réfringente, à cassure nette, ou bien elle présente une fibrillation très évidente, ou enfin elle est parcourue de nombreuses fibres élastiques : c'est le cartilage hyalin, fibreux ou élastique. Les cellules sont facilement infiltrées de graisse.

Il n'existe pas de chondrome où le tissu fibreux n'entre pour une bonne partie, soit qu'il constitue l'enveloppe générale et les cloisons séparant les lobules cartilagineux, soit que, pour certaines parties des coupes, on ait peine à dire s'il s'agit de tissu fibreux ou de fibro-cartilage.

Fréquemment, dans les coupes de tumeurs cartilagineuses on rencontre des territoires où la réfringence de la substance fondamentale a disparu, où quelques fibres conjonctives paraissant libres sillonnent cette substance fondamentale, où aucune des cellules étoilées ne laisse apercevoir autour d'elle le contour d'une cavité ; en un mot, on a l'aspect du myxome typique. Je sépare cette transformation en un myxome de la dégénération muqueuse, fréquente elle aussi, et dont un examen de M. Ranvier (1) me fournit un exemple. « On voit des cavités de formes et de dimensions variables, renfermant de la substance muqueuse, des fibres élastiques et un petit nombre de cellules qui sont devenues granulo-graisseuses. »

Dans le cas où l'examen macroscopique a montré des parties calcifiées, c'est de l'os vrai qui a été trouvé.

Enfin, il me reste à parler de ces faits de transformation du cartilage dont plusieurs observations donnent des exemples,

(1) Masse, obs. III.

où l'on trouve à la section un tissu aréolaire; les cloisons sont de tissu fibro-cartilagineux; le contenu des aréoles est un magma rougeâtre diversement qualifié. Je n'ai pas de préparation se rapportant à un fait semblable. Je transcris le seul renseignement histologique que j'aie trouvé (1): « Le contenu des loges est une masse molle noirâtre, présentant assez bien l'aspect d'un ancien épanchement sanguin en partie coagulé; cette masse est constituée par du tissu conjonctif avec vaisseaux circonscrivant des loges remplies de cellules cartilagineuses et de globules sanguins altérés. »

SUR LES FORMATIONS ÉPITHÉLIALES. — Les formations épithéliales sont très éloignées des types glandulaires normaux. Les cellules épithéliales sont parfois réunies en masses compactes et comblent des cavités anfractueuses creusées le plus irrégulièrement dans la substance fondamentale. D'autres fois, elles sont disposées en un réseau dont les travées sont massives ou creusées d'une lumière parfois dilatée en kyste; ce réseau est terminé par des bourgeons compacts ou des pointes. On peut reconnaître parfois ce qui s'est développé aux dépens des canaux excréteurs ou des acini.

Limite des formations. — Si on porte l'observation à la limite des travées ou des amas épithéliaux, on peut trouver qu'il existe une membrane limitante accusée par la limite nette de la rangée pariétale des cellules épithéliales et par quelques noyaux aplatis doublant l'implantation de ces cellules. Souvent aussi la limite de l'épithélium est tout à fait indistincte, la rangée extrême des cellules n'a aucun caractère épithélial, les cellules qui la composent sont étoilées et comprises dans la matrice cartilagineuse. M. le professeur Kiener apprécie qu'il s'agit là d'un manchon adventice de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1861, examen par M. Luys.

cellules conjonctives formé aux dépens des cellules endothéliales constituant, à l'état normal, la membrane propre du cul-de-sac.

Disposition en réseau; masses compactes; traînées effilées en pointes. — La disposition en réseau ramifié de travées épithéliales canaliculées ou non, cette disposition est tout à fait caractéristique au faible grossissement. Elle se retrouve dans les cinq observations de la collection. J'ai dit aussi que l'épithélium pouvait être jeté en masses compactes dans le stroma conjonctif. Enfin, quand des traînées effilées se détachent des travées épithéliales pour se terminer en pointe dans le tissu conjonctif, la disposition peut exactement rappeler celle du squirrhe.

Caractères de l'épithélium. a) Formations compactes. — Ayant parlé des limites et de la forme des formations épithéliales, il me reste à décrire les caractères de l'épithélium. Étudié dans les traînées ou masses compactes, on le trouve formé de cellules polygonales à bords dentelés intimement unies entre elles. Les noyaux sont ronds ou ovoïdes, de dimensions peu différentes, réguliers. Dans la rangée périphérique, les noyaux ont leur grand axe perpendiculaire à la surface d'implantation.

b) Formations tubulées. — Au lieu que les travées soient massives, elles peuvent présenter une lumière centrale. Cette lumière peut être limitée par un contour net, bordée de deux ou trois rangées de cellules; on a alors une figure très semblable à celle d'un conduit excréteur normal.

c) Fonte colloïde. — Kystes. — Dans un second cas, le contour de la lumière n'est pas net, les cellules qui la bordent sont infiltrées de gouttes colloïdes; des cellules desquamées mêlées à des gouttes colloïdes occupent la lumière. Que le tube soit distendu par les produits de fonte, il se forme des

kystes qui peuvent décélér à l'œil nu les formations glandulaires.

d) *Évolution épidermique*—. Enfin, au lieu d'être du type glandulaire et d'évoluer vers la fonte colloïde, l'épithélium peut être du type malpighien et évoluer à la façon de l'épiderme. En pareil cas, tandis que les cellules pariétales sont cylindriques, les cellules des rangées suivantes sont polyédriques, très cohérentes ; plus près de la lumière, les cellules s'aplatissent, leur noyau s'atrophie, la cellule se corne et tombe dans la lumière sous forme de squame épithéliale. Ces écailles, pressées les unes contre les autres, peuvent s'imbriquer en globes épidermiques. La fonte colloïde peut s'observer à côté de l'évolution épidermique.

On ne peut s'étonner que l'épithélium des glandes salivaires puisse revêtir le type épidermique pur sous l'influence des conditions pathologiques. Il n'y a là qu'un rappel d'atavisme, les glandes salivaires étant formées par un bourgeonnement ectodermique.

CHAPITRE II

Tumeurs conjonctives avec ou sans formations épithéliales. — Variété fibrome.

J'ai trouvé dans la littérature neuf observations se rapportant à l'adéno-fibrome. Deux sont personnelles, je les donne ci-après. Une autre, communiquée en 1877 à la Société anatomique, présente toutes les garanties désirables d'authenticité. Pour les six autres, la difficulté qu'il y a à se faire une idée d'une tumeur d'après une description histologique le plus souvent sommaire fait que je dois justifier leur réunion au dossier de l'adéno-fibrome. Refusant la dénomination d'épithéliome à des tumeurs qui évoluent avec la plupart des attributs de la bénignité, j'ai rangé dans les adéno-fibromes les tumeurs qui offraient les caractères suivants : 1^o la tumeur présentait à l'examen des formations épithéliales dans un stroma fibreux ; 2^o c'était une tumeur bénigne à lent développement. J'ai ainsi accueilli sept observations. Toutes se rapportent à la parotide. Circonstance remarquable, chacune d'elles ajoute une notion à l'histoire de l'adéno-fibrome. Quant à mes observations, les voici :

Observation VI

(Pièce n^o 13)

Fibro-adénome de la parotide

En juillet 1887, un homme de trente-deux ans entre dans le service de M. le professeur Tédénat pour être opéré d'une tumeur paroti-

dienne gauche. Début neuf ans auparavant par une grosseur du volume d'une noisette, non douloureuse, graduellement accrue. Il y a sept ans, opération incomplète. Le malade insiste sur l'augmentation plus rapide de la tumeur après cette opération.

La tumeur a le volume d'une mandarine, elle est dure, mobile sur les tissus sous-jacents. La peau est mamelonnée, non adhérente.

La tumeur se compose de plusieurs fragments dont quelques-uns montrent une surface lisse et lobulée. La consistance de ces fragments est très variable. Quelques-uns ont une dureté cartilagineuse, d'autres une consistance de sarcome mou. Sur la coupe on remarque l'extrême variabilité d'aspect du tissu ; sur des points très rapprochés on distingue de petits flots blanchâtres, durs, d'apparence cartilagineuse, des kystes remplis d'un liquide muqueux, des portions molles demi-transparentes, d'apparence sarcomateuse, des tissus opaques et blanchâtres, peut-être glandulaires.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — La tumeur se compose de tissu fibreux, par places hyalin et de formations épithéliales.

La coupe porte tout entière en plein tissu néoplasique ; une portion montre un stade précoce du processus ; on y observe plusieurs caractères importants de la tumeur ; ce sont : le développement aux dépens de tubes glandulaires ayant la structure de canaux excréteurs ; le bourgeonnement de ces tubes ; le volume considérable des cellules épithéliales et leur tendance à tomber dans la lumière des tubes en subissant un gonflement suivi de fonte ; la transformation hyaline localisée du tissu conjonctif.

Un tissu conjonctif assez abondant, de structure grossière, assez riche en cellules, séparé des tubes épithéliaux ramifiés. Ces tubes, là où leur aspect est le plus typique, ont la structure de canaux excréteurs ; leur section est circulaire ; ils sont limités par une membrane propre formée d'une gaine conjonctive tapissée d'endothélium ; la lumière est bordée d'une couche unique de cellules épithéliales en tronc de pyramide, le contour de la lumière est net.

On n'observe pas de disposition en culs-de-sac avec cellules rappelant le type sécrétoire ; c'est donc que les culs-de-sac normaux s'étant atrophiés le développement se fait aux dépens des seuls conduits excréteurs, ou bien que les cellules des culs-de-sac ont pris le type excréteur.

Même dans les tubes d'arrangement très typique que j'ai décrits, les

cellules de revêtement ont un volume énorme et un noyau géant riche en chromatine. Dans la lumière on voit presque constamment une ou plusieurs cellules volumineuses, à contours arrondis et effacés, claires, à noyau absent ou peu apparent et diffusément coloré; ce sont des cellules épithéliales tombées dans la lumière, gonflées; à côté d'elles, des fragments de corps cellulaires semblables.

Exceptionnellement l'épithélium se dispose sur deux ou trois couches dans une cavité à section régulière, la couche basale montrant des figures karyokinétiques, la couche interne tendant à se fondre.

Plus fréquemment le tube excréteur régulier à grosses cellules que j'ai décrit est modifié par les circonstances suivantes : bourgeonnement de l'épithélium dans le tissu conjonctif, gonflement et abrasion de l'épithélium tapissant les canaux.

Le bourgeonnement des tubes glandulaires peut s'accomplir comme dans le développement normal d'une glande, la paroi tout entière, membrane propre et épithélium, se déprimant en un point pour constituer un bourgeon dans le tissu conjonctif; c'est ainsi qu'à côté des tubes réguliers, on voit nombre d'autres cavités, dont le contour très sinueux atteste le bourgeonnement actuel; la membrane propre subsiste, l'épithélium est une seule couche d'énormes cellules. Plus souvent l'épithélium, rompant la membrane propre, se diffuse dans le tissu conjonctif en traînées formées très ordinairement d'une seule rangée de cellules et qui, par conséquent, ne peuvent limiter une lumière: on voit ainsi, sur un ou plusieurs points de la périphérie d'un tube régulier, une cellule de la bordure se continuer avec une file d'autres situées dans le tissu conjonctif; j'indiquerai plus loin l'aboutissant de cette diffusion épithéliale.

Beaucoup de tubes n'ont pas leur régulière bordure épithéliale. Le contour de leur lumière est déchiqueté, leur cavité souvent remplie de débris protoplasmiques, et contre leur paroi on aperçoit des noyaux volumineux mais déformés, comme comprimés, entourés d'une couche irrégulière de protoplasma; ou bien une seule grosse cellule à protoplasma gonflé, clair, est restée en totalité fixée à la paroi. Vu la généralité de cet aspect, je rejette l'idée d'un accident de préparation, et j'admets qu'il s'agit d'un gonflement de l'épithélium, d'une sécrétion qui tantôt l'entraînerait tout entier dans la cavité, tantôt abraserait les cellules en laissant les noyaux adhérer à la paroi.

La description a jusqu'ici porté sur une partie de la préparation qui fait assister à des stades précoces de l'évolution. Le reste de la coupe

montre d'autres faits, qui sont l'extrême diffusion de l'épithélium, et la formation accidentelle des bourgeons épithéliaux pleins du type malpighien.

Je ne retrouve ici que des tubes à lumière déchiquetée, obstruée de débris cellulaires, à revêtement épithélial irrégulier. Entre ces tubes, dans le tissu conjonctif, sont disséminées les grosses cellules épithéliales, reconnaissables à leur énorme noyau coloré, à leur forme polygonale. Ces cellules se montrent par petits groupes ou isolées, elles sont disséminées autour des faisceaux conjonctifs, et mêlées aux cellules conjonctives plus petites. Ces circonstances, jointes à l'irrégularité des tubes et à la structure grossière du tissu conjonctif, font de l'ensemble un fouillis fort difficile à démêler.

En quelques points très disséminés, l'épithélium a comblé des cavités glandulaires, formant ainsi des bourgeons, où les cellules étroitement pressées les unes contre les autres ont pris un arrangement en couches concentriques. Les cellules n'ont accompli aucune évolution, elles sont polygonales à angles nets, et le dessin général est celui d'un pavé. En un point, un de ces bourgeons est rompu et laisse apercevoir le profil des cellules, qui est dentelé. Il semble donc que les cellules soient du type malpighien, type qui ne se laisse pas reconnaître dans les formations épithéliales tubulées ou diffuses.

En trois points on voit un moule colloïde circulaire entouré d'un épithélium stratifié très régulier.

Il me reste à parler du tissu conjonctif. Ce tissu est à grosses fibres, assez riche en cellules. Sur beaucoup de points, il subit une dégénération très remarquable. La fibre conjonctive se gonfle, prend un aspect brillant homogène, et cesse de fixer le carmin ; elle s'accole à ses voisines et la coupe de l'ensemble est une surface brillante à contours polycycliques. Les cellules conjonctives ou épithéliales emprisonnées dans ces territoires sont comprimées, atrophiées, dessinent des travées arrondies de plus en plus déliées, et enfin disparaissent. La dénomination d'hyaline peut, je crois, s'appliquer à cette transformation du stroma.

La disposition de champs circulaires de tissu conjonctif hyalin, entourés de cellules qui peuvent être conjonctives, mais être aussi de l'épithélium disséminé, cette disposition rappelle le cylindre. Il manque ici la formation papillaire intratubulaire du tissu conjonctif hyalin.

Je trouve remarquable qu'avec les caractères histologiques de ma-

lignité que j'ai trouvés, cette tumeur se soit comportée cliniquement en tumeur bénigne. Je la range dans les adéno-fibromes.

Observation VII

(Pièce n° 161)

Adéno-fibrome tubulé et kystique des glandes salivaires de la base de la langue

Femme de vingt-huit ans ; porte à la base de la langue, en avant de l'épiglotte, une tumeur dont le début remonte à trois ans. M. le professeur Tédénat l'enlève au thermocautère, le 31 mars 1890.

La tumeur a le volume d'une grosse noix. Elle est en partie recouverte par l'épiderme : un tiers environ de la surface muqueuse est dénudé par une ulcération superficielle. La surface profonde est constituée par le tissu néoplasique, dont la section n'a point atteint la limite inférieure.

Sur une section médiane, perpendiculaire à la surface, on distingue au-dessous de la couche épidermique une mince membrane blanche, de consistance cartilagineuse. Plus profondément, des cloisons fibreuses circonscrivent plusieurs loges, dont le contenu est une matière pulpeuse, lobulée. Certains lobules sont demi-transparents et rosés ; d'autres, rouge vif ou sombre par suite d'hémorragies interstitielles ; d'autres lobules encore ont un aspect gélatiniforme et jaunâtre.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — Les coupes montrent que l'épiderme recouvrant la tumeur n'est pas altéré ; une ligne non sinueuse sépare l'épiderme du derme ; le corps papillaire a donc été déplissé par le développement de la tumeur.

Immédiatement au-dessous de l'épiderme et dans la plus grande partie de la coupe, le derme est infiltré de petites cellules rondes, par places groupées en amas arrondis. S'agit-il de tissu lymphoïde existant normalement en cette place, sous l'épiderme ? Je ne le pense pas. A l'examen détaillé, les cellules lymphatiques m'ont paru disposées en traînées rectilignes, principalement autour des vaisseaux, et comprises entre des faisceaux conjonctifs qu'on peut distinguer là où la coupe est le plus fine et les cellules moins serrées. Je me rattacherai donc à l'interprétation de derme enflammé.

La couche blanc nacré notée à l'examen macroscopique et séparant

l'épiderme du tissu néoplasique est constituée par un tissu fibreux dense, avec de rares cellules aplaties entre les faisceaux ; de nombreux vaisseaux avec belle tunique musculaire s'y distinguent, et aussi des fibres musculaires indépendantes des vaisseaux.

Au-dessous de cette couche se trouve la masse de la tumeur. Elle est constituée par du tissu conjonctif et des formations adénomateuses.

Ce tissu conjonctif existe sous la forme d'épaisses cloisons divisant la tumeur en un petit nombre de territoires contenant les formations adénomateuses ; il pénètre aussi dans ces territoires et sépare les tubes épithéliaux.

Le tissu conjonctif des cloisons principales est à grosses fibres comprenant entre elles de rares cellules aplaties, il renferme quelques fibres musculaires lisses et des vaisseaux autour desquels on voit parfois des traînées espacées de cellules rondes.

Dans les territoires adénomateux il existe en quantité et sous des formes variables. Il est tantôt à fines fibres avec cellules aplaties ou étoilées, parcouru par d'élégants capillaires ; tandis que l'adventice des vaisseaux plus volumineux prend un aspect hyalin et entoure la lumière du vaisseau d'une zone claire, sans structure apparente, avec quelques éléments cellulaires espacés et comprimés. Dans d'autres territoires le tissu conjonctif paraît avoir subi la fonte muqueuse ; il se compose de fines fibrilles très espacées, entre lesquelles on voit des gouttelettes incolores, de rares cellules rameuses, quelques grosses cellules gonflées, arrondies, à gros noyau, enfin quelques cellules migratrices. Ailleurs le tissu conjonctif est réduit à quelques cellules fusiformes séparant les tubes adénomateux pressés les uns contre les autres, ou accompagnant les capillaires.

Je passe aux formations épithéliales, et j'indique leur évolution qui rend compte des variétés d'aspect présentées par les territoires adénomateux.

Des traînées épithéliales pleines, nées à l'origine des cellules glandulaires, plus tard des tubes déjà développés, bourgeonnent dans le tissu conjonctif. Ces traînées pleines ne comprennent pas plus de deux ou trois cellules dans leur épaisseur. Dès que le nombre de cellules est supérieur, elle se disposent autour d'une lumière centrale, et constituent ainsi un tube adénomateux, très régulièrement cylindrique, pourvu d'une gaine bien distincte formée par le tissu conjonctif environnant, et dont la lumière est bordée par une couche unique et régulière de cellules cubiques toutes semblables, avec beau noyau

arrondi. Cet épithélium est sécréteur de substance colloïde qui se concrète en moules dans la cavité tubulaire. Le nombre des cellules peut augmenter par leur multiplication, mais les cellules nouvelles nées se juxtaposent aux anciennes et ne s'y superposent pas. Aussi voit-on des tubes de diamètres très variables, mais toujours à une seule couche d'épithélium cubique. Le contenu colloïde du tube finit par comprimer l'épithélium qui s'atrophie et enfin disparaît, en même temps que la membrane conjonctive se laisse dilater. La formation de kystes est l'aboutissant de cette évolution.

Dans un des territoires adénomateux, les tubes sont tous de petit ou de moyen diamètre, les kystes sont rares et très petits. Le tissu conjonctif est médiocrement abondant, fibreux, et devient hyalin autour des petits vaisseaux.

Dans une autre portion, l'évolution kystique n'a pas lieu. Les tubes, tous de faible diamètre, sont étroitement serrés les uns contre les autres, si bien que les limites de chacun sont difficiles à reconnaître. Le tissu conjonctif est réduit à quelques fibrilles accompagnant de fins capillaires ou à la gaine de vaisseaux plus volumineux.

Dans un autre territoire encore, l'évolution kystique est prédominante. Des kystes de dimensions variables se voient à côté de tubes adénomateux de tous diamètres. Le contenu de ces kystes est un moule colloïde, comprenant rarement une cellule épithéliale dans sa masse. Dans tous ces kystes, l'épithélium subsiste ; il s'aplatit dans les plus grands ; il s'imprègne parfois de gouttelettes jaunes de substance colloïde. Le tissu conjonctif est très lâche, subit par places la fonte muqueuse. Des hémorragies se font dans son intérieur.

Enfin dans un des territoires, trois ou quatre grands kystes se sont développés en comprimant autour d'eux les autres formations adénomateuses. Le contenu de ces kystes n'est plus un moule colloïde, mais un détritux granuleux. L'épithélium n'existe plus.

GROSSE ANATOMIE. — Les observations ne s'étendent pas sur la description macroscopique des adéno-fibromes. On peut dire que la consistance peut être dure ou molle. La surface de section peut laisser voir un tissu gris blanchâtre comme l'adéno-fibrome mammaire, ou bien un tissu pulpeux plus ou moins rosé ou hémorragique.

HISTOLOGIE. — Quant à la structure histologique, ce que j'ai trouvé de plus spécial à noter sur la matrice fibreuse est cette dégénération hyaline qui se réalise dans mes deux observations. En parlant du cylindrome, je rappellerai que la transformation hyaline du tissu conjonctif est précisément une des caractéristiques de cette singulière variété de tumeurs. L'élément épithélial est plus intéressant; sa disposition est des plus variées. Le groupement en lobules peut être conservé, les culs-de-sac étant dissociés par le tissu fibreux et comblés par la multiplication des cellules épithéliales. D'autres fois on trouve des traînées épithéliales compactes anastomosées en réseau, c'est la disposition de l'épithéliome tubulé; ou bien des traînées épithéliales sans membrane limitante sont diffusées dans le stroma fibreux, ainsi qu'on le voit dans le squirrhe. Les deux observations que je rapporte donnent mieux que des généralités l'idée de la variété des dispositions que peut affecter l'épithélium dans une tumeur bénigne.

Dans la pièce 161, les formations sont tout proches de l'adénome tubulé. Dans la pièce 13, on trouve en un point des canaux excréteurs de structure quasi-normale. Plus loin, les cellules épithéliales sont dans un intime mélange avec les cellules conjonctives, ainsi que dans un carcinome. Ailleurs encore l'épithélium tend au type malpighien et se tasse en bourgeons pleins, ainsi que dans l'épithélioma.

CLINIQUE. — L'histoire clinique de l'adéno-fibrome est calquée sur celle du chondrome. La tumeur se développe chez des sujets de tous âges; son accroissement est généralement très lent; elle peut mettre vingt-cinq ans à atteindre le volume d'une noix (1); des poussées d'accroissement triplent

(1) Pérochaud, obs. V.

parfois en quelques mois le volume de la tumeur (1). Celle-ci peut atteindre le volume du poing. Généralement mobile, énucléable, elle s'est trouvée, dans un cas, fixée profondément (2). Elle est bosselée, de consistance très variable, tantôt dure uniformément, tantôt fluctuante par places. La peau n'est pas adhérente. La peau qui recouvre une tumeur subissant une poussée d'accroissement peut s'ulcérer, et des hémorragies se font par l'ulcération.

L'adénopathie n'est pas notée.

Quant aux troubles fonctionnels, ils manquent le plus souvent. L'accroissement rapide peut s'accompagner d'élançements et de douleurs. Dans un cas il y avait paralysie faciale, sans doute du fait d'une adhérence accidentelle enserrant le tronc du facial. Après l'ablation d'une tumeur de faible volume, on peut voir se développer une autre tumeur présentant des caractères analogues à la première : l'explication de Virchow est sans doute applicable ici.

(1) *Société anatomique*, 1877. — Pérochaud, obs. VI.

(2) Dolbeau, *Gaz. hebdom.*, 1858, p. 717.

CHAPITRE III

Tumeurs épithéliales avec ou sans formations conjonctives. — Variété myxome.

Les deux observations de myxome que j'ai relevées dans mon enquête se rapportent à la parotide. Deux observations, c'est peu ; heureusement elles émanent toutes deux de spécialistes en glandes salivaires, la première étant due à Planteau (1), la seconde à Pérochaud (2). J'ajoute un troisième fait, le voici :

Observation VIII

(Pièce n° 201)

Myxome parotidien avec nombreux kystes

Jeune homme de vingt-quatre ans, entré dans le service de M. le professeur Tédénat, le 9 avril 1891.

Rapporte le début de la tumeur à quatre ou cinq ans. La tumeur a le volume d'une grosse noix et paraît dure à la palpation. Cependant, après incision de la loge fibreuse qui la contient, on la trouve friable et on l'extrait avec le doigt par fragments. Pendant l'opération, l'ouverture d'un kyste donne issue à 1 centimètre cube environ d'un liquide sirupeux brunâtre.

Les fragments qui me sont remis immédiatement après l'opération

(1) Planteau, *loc. cit.*, obs. VI.

(2) Pérochaud, *loc. cit.*, obs. VIII.

ont une apparence lobulée ; les uns sont mous et rosés comme du sarcome encéphaloïde, les autres sont durs et blanchâtres. La portion dure paraît correspondre au centre de la tumeur.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel).— Les coupes montrent un tissu conjonctif embryonnaire, creusé de nombreux kystes.

Le tissu conjonctif est presque exclusivement formé de cellules séparées par une substance fondamentale très fluide. Les cellules sont souvent des fibroblastes typiques, à noyau allongé, clair et vésiculeux, juxtaposés en faisceaux dans la constitution desquels entrent souvent quelques fines fibrilles conjonctives. D'autres fois les noyaux allongés sont grêles et diffusément colorés : ou bien ils sont clairs, vésiculeux, et se rapprochent de la forme sphérique ; quelques-uns sont très volumineux. Alors les corps cellulaires n'ont plus d'orientation commune, au contraire de ce qui a lieu dans les portions fibroblastiques. De pareils territoires sont très proches de la structure myxomateuse. Sur certains points, on trouve la structure typique du myxome : cellules étoilées, distantes, anastomosées, dans une substance fondamentale liquide et abondante ; les cellules n'y donnent aucun signe de moindre vitalité qui puisse faire envisager le tissu de myxome comme un tissu de dégénération. Quelques rares capillaires se rencontrent de ci de là. Dans un coin minime des préparations, on trouve du cartilage hyalin à cellules étoilées, sans capsules apparentes.

Ce tissu est criblé de kystes de toutes dimensions. Les plus petits n'excèdent pas la grandeur d'une cellule, et tous les intermédiaires les relient aux plus grands. Le contenu des kystes est clair et granuleux, ou bien homogène plus ou moins foncé et semblable d'aspect aux moules dits colloïdes.

Les cellules limitantes des kystes se disposent à la façon d'un revêtement endothélial ou épithélial. A la surface des plus petits on peut observer parfois un noyau clair avec fin contour et beau nucléole qui s'incurve pour mouler sa forme à la convexité du contenu. Des kystes un peu plus développés ont fréquemment un revêtement comparable à celui d'un capillaire dans un tissu irrité ; autour de la goutte muqueuse contenue, on voit un double contour qui comprend deux ou trois noyaux. Sur des kystes de moyen volume, on observe un beau revêtement épithélial, parfaitement régulier, formé d'une seule couche de cellules cubiques, à angles vifs et traits intercellu-

laïres rectilignes, avec beau noyau ovoïde et nucléole. Exceptionnellement, sur des points limités du revêtement d'un kyste, la couche limitante est doublée d'une ou deux couches de cellules épithéliales semblable à la première. Cette couche épithéliale est isolable du tissu conjonctif, souvent séparée de lui sur la coupe par une mince lacune, et l'on voit cette lacune bordée de quelques noyaux aplatis, distants les uns des autres, comme endothéliaux. C'est la disposition d'un canal excréteur normal avec membrane propre.

Quand le kyste dépasse les dimensions moyennes, il peut conserver son revêtement tel que je viens de le dire, ou bien, la fonte muqueuse ayant entraîné l'épithélium, le kyste reste bordé par de minces noyaux sombres, très espacés, compris dans un double contour; c'est la couche endothéliale doublant l'épithélium disparu. Peut-être aussi le revêtement épithélial peut-il s'aplatir au point de simuler un endothélium; on peut, en effet, sur la même paroi de kyste, trouver le revêtement de cellules cubiques réuni au revêtement endothélial par des intermédiaires.

Des dépressions en doigt de gant, déformant le contour d'un certain nombre de kystes de moyennes dimensions, indiquent le bourgeonnement de l'épithélium et le mode de formation de nouveaux kystes aux dépens de ceux déjà formés. D'autre part, de grands kystes peuvent résulter de la fusion de plusieurs autres de moindre volume par l'amincissement des cloisons de tissu muqueux qui les séparent.

En résumé, la tumeur se compose d'une matrice de tissu conjonctif tendant au type muqueux et d'épithélium sécrétant activement de la substance colloïde; d'où il suit que tout bourgeonnement épithélial se traduit immédiatement par la formation d'un kyste.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le myxome a été trouvé bosselé ou de surface régulièrement arrondi. Il était, dans les trois cas, circonscrit par une enveloppe mince. Son tissu, trouvé par M. le professeur Kiener mou et rosé en un point, dur et blanchâtre dans un autre, avait l'aspect gélatineux caractéristique dans le cas de Pérochaud; il était mou, blanchâtre, friable et d'aspect glandulaire dans l'observation de Planteau. La structure était celle du myxome pur, sans mélange d'éléments glandulaires dans l'observation de Péro-

chaud. Planteau trouva dans un stroma de tissu myxomateux typique des amas cellulaires qu'il interpréta en culs-de-sac transformés.

CLINIQUE. — Voici en quelques mots les circonstances cliniques : Les malades avaient vingt, vingt-quatre et cinquante-six ans. La tumeur avait mis plusieurs années à acquérir un faible volume, celui d'une noix ou d'un petit œuf. Bosselée ou irrégulière, la tumeur donnait à la palpation à travers la peau la sensation de résistance élastique ou même de dureté dans le cas de Planteau et celui que je rapporte ; rien n'annonçait la mollesse du tissu. La mobilité profonde et le défaut d'adhérence à la peau sont notées dans l'observation de Planteau. Il n'y avait pas de troubles fonctionnels.

Ainsi qu'on voit, aucune des circonstances cliniques ne permettait, dans aucun des trois cas, de distinguer la tumeur d'une quelconque des tumeurs bénignes.

CHAPITRE IV

Tumeurs conjonctives avec ou sans formations épithéliales. — Variété sarcome.

Les faits publiés ne sont pas nombreux. Pérochaud donne deux observations fort incomplètes au point de vue clinique, médiocrement instructives pour l'anatomo-pathologiste. J'ai trouvé deux bonnes observations dans la thèse de Jouliard (1) quatre autres également probantes dans la thèse de Rodriguez (2), j'apporte au sujet un appoint de deux observations. Vu la gravité habituelle de cette variété de tumeurs conjonctives, je dirai, avec quelques détails, les enseignements qu'on peut tirer des quelques faits ci-dessus mentionnés. Le sarcome mélanique réclame une description séparée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tous les cas se rapportent à la parotide ou à la glande sous-maxillaire. Les tumeurs, grosses parfois comme un pois, quand le patient les découvre, ont acquis le volume du poing, ou un volume moindre, quand elles sont extirpées. Leur surface est unie ou bosselée, leurs limites nettes. La tumeur est tantôt bien isolée des tissus voisins, facilement énucléable, tantôt fort adhérente. La peau reste longtemps saine; elle peut aussi s'amincir, devenir rouge, luisante, se perforer, et des champignons néoplasiques

(1) Paris, 1887.

(2) Paris, 1890.

font hernie par les ulcérations. Quant au tissu de la tumeur, il n'a rien de caractéristique dans son aspect ou sa consistance. Il a été trouvé dur dans toutes les observations que j'ai sous les yeux. Il est blanchâtre, fibroïde ou rosé, avec des points hémorragiques. Des kystes à contenu hématique ou clair peuvent s'y observer, enfin de l'os vrai peut s'y former.

Quant à la structure histologique, les observateurs se sont bornés à mentionner qu'il s'agissait de sarcome. Je trouve qu'il vaut mieux être moins avare de détails histologiques; une tumeur dont le diagnostic n'est pas douteux peut présenter des particularités intéressantes de structure. D'une autre part, s'il est des cas où le diagnostic est évident au premier coup d'œil, le plus souvent, au contraire, une étude sérieuse des coupes est nécessaire pour classer la tumeur. Presque toutes les coupes que j'ai examinées à l'occasion du présent travail m'ont présenté des difficultés d'interprétation. Aussi est-il bon, à mon avis, que le compte rendu des examens histologiques donne les raisons du diagnostic porté. Dans le cas particulier, mes conclusions sur le sarcome, que je place dans le même groupe naturel que le chondrome et le fibrome, sont passibles de l'objection que je ne me suis pas servi seulement de faits personnels, et que je n'ai pas la certitude, malgré l'étiquette, qu'il se soit agi vraiment de sarcome dans les observations qui m'ont servi. Voici la première des deux observations de sarcome que comprend la collection de M. le professeur Kiener.

Observation IX

(Pièce n° 234)

Sarcome des deux glandes sous-maxillaires

Homme de cinquante-huit ans, porte une tumeur occupant toute la région sous-maxillaire, en forme de collier, datant de trois mois et demi.

L'opération découvre, à droite, une tumeur bien délimitée, occupant le siège de la glande sous-maxillaire, indépendante de la peau, grosse comme un œuf, solide dans toute sa masse, d'une consistance de chondrome, montrant à la coupe des lobules glandulaires parfaitement reconnaissables, peut-être hypertrophiés, et circonscrits par des traînées conjonctives.

A gauche, tumeur mal délimitée, qu'on n'a pu extraire qu'en partie; occupant aussi un siège correspondant à la glande sous-maxillaire, adhérente à la peau, qui est complètement envahie et amincie à la partie la plus acuminée qui correspond à un kyste sur le point de s'ouvrir. Ce kyste renfermait un liquide de couleur chocolat, et avait le volume d'une grosse noisette. Il existait d'autres kystes de même nature dans la profondeur de la tumeur; à la coupe, aspect sarcomateux et non glandulaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — Deux des séries de coupes portent en plein tissu néoplasique et montrent une structure de sarcome fibroblastique. C'est un enchevêtrement de faisceaux de fibroblastes grêles, avec une quantité en général considérable de fibres conjonctives interposées. Certains territoires sont criblés de petites cellules rondes migratrices. Un nombre variable de cellules disséminées dans le tissu ont un volume considérable, un protoplasme arrondi et un noyau géant, ovoïde, vésiculeux, riche en chromatine, vingt fois plus gros qu'un noyau de leucocyte. Beaucoup de ces cellules sont en division karyokinétique régulière.

Une troisième série de coupes plus intéressante montre la transition de la glande saine aux portions dégénérées. La moitié de la coupe intéresse des lobules de la glande adhérents à la tumeur, mais non envahis, ces lobules sont sains; seuls, les plus voisins de la tumeur montrent un certain degré de sclérose avec tassement des acini et atrophie de l'épithélium sécréteur. Le reste du tissu normal est nettement délimité de la tumeur par une membrane fibreuse mince et résistante, qui enkyste la portion néoplasique. Celle-ci est constituée par la transformation sarcomateuse de quelques lobules glandulaires dont les vestiges de cloisons fibreuses accusent encore les limites. La majeure partie du tissu néoplasique montre du tissu fibreux assez riche en cellules, logeant des traînées ou amas cohérents d'énormes cellules semblables à celles que j'ai décrites plus haut dans les autres séries de coupes. L'impression est tout à fait celle d'un carcinome alvéolaire.

Les amas de grosses cellules prennent parfois un arrangement concentrique ; dans le centre des amas ainsi disposés, il arrive que quelques cellules s'aplatissent, se colorent en jaune éclatant par l'acide picrique, et montrent un noyau atrophie diffusément coloré ; en cet état, elles ressemblent assez à des lames épidermiques. Je comparerais volontiers cette évolution à celle qui s'observe dans les tumeurs endothéliales des séreuses.

Malgré cette évolution épithélioïde et malgré la disposition alvéolaire, il n'est pas douteux qu'il ne s'agit en tout ceci que d'éléments conjonctifs. Les grosses cellules à protoplasma arrondi n'adoptent jamais les formes polygonales et le contour net des cellules épithéliales. A côté des amas volumineux et cohérents, on trouve des amas plus petits dissociés par les petites cellules conjonctives ou les cellules rondes, des cellules isolées dans le tissu conjonctif présentent les caractères des grosses cellules qui constituent les amas. Tous les intermédiaires de taille existent entre les noyaux géants et les petits noyaux ovoïdes réguliers de cellules conjonctives. Enfin, outre que les deux autres séries de préparations sont évidemment de sarcome, la démonstration se complète par l'examen des territoires de la même coupe. En un point, la structure est celle du sarcome fibroblastique typique avec cellules volumineuses disséminées, et la transition est insensible de cette disposition à celle du sarcome alvéolaire. En d'autres points, le tissu glandulaire existe encore, et voici ce qu'on observe : le tissu sarcomateux dissocie les lobules glandulaires ; ce tissu est parfois criblé de petites cellules rondes lymphatiques ; les cellules à noyau géant s'y observent isolées ou par petits groupes parfois tout contre un acinus, et il est alors bien manifeste que ces grosses cellules ne tiennent rien de l'épithélium glandulaire. En effet, les culs-de-sac ne donnent aucun signe de réaction, ils sont atrophies, leurs cellules toutes petites, sombres, n'ont plus le caractère d'épithélium sécréteur. On reconnaît le cul-de-sac à la disposition concentrique de cinq ou six petits noyaux sombres serrés les uns contre les autres. La membrane propre est longtemps reconnaissable. Les canaux excréteurs conservent leur lumière circulaire et leur épithélium strié à peu près normal au milieu des acini dégénérés.

Cette tumeur est un beau type de sarcome pur. A l'encontre du cas le plus commun, le tissu conjonctif réagit seul à la cause pathologique. L'épithélium s'atrophie primitivement. Les caractères des cellules révèlent une tumeur d'une haute malignité. L'histoire clinique

concordante dit qu'en trois mois et demi s'était constitué un collier néoplasique qu'on n'a pu extirper en totalité. L'inertie de l'épithélium est-elle liée à la violence de la maladie conjonctive, et les tumeurs mixtes se développeraient-elles sous l'influence d'une action causale atténuée, d'où la demi-bénignité de ces tumeurs?

Pour la seconde observation, je la donne ici comme document servant à l'histologie du sarcome. Je me réserve d'y revenir à une autre place, cette tumeur présentant la particularité remarquable d'avoir succédé comme récidive à un adéno-myome dont je donnerai la description.

Observation X

(Pièce n° 263)

Sarcome ossifiant consécutif à un adéno-myome de la région parotidienne plusieurs fois opéré.

Homme de quarante-cinq ans, opéré pour la deuxième fois par M. le professeur Dubrueil, en janvier 1890, d'une tumeur parotidienne qui a récidivé. La santé générale, qui laissait à désirer lors de l'opération, faite en 1890, est aujourd'hui très bonne. M. Dubrueil l'opère pour la quatrième fois, le 4 décembre 1892. Les fragments envoyés sont en partie formés d'un tissu blanchâtre, de consistance dure, et en partie de tissu osseux condensé; ces fragments osseux sont recouverts de mamelons rosés; ils étaient compris dans la tumeur et indépendants du squelette.

La tumeur, dans sa totalité, n'était guère plus grosse qu'une noix; elle était située sous la cicatrice résultant de l'ancienne opération.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. le professeur Kiener. — *Portions non ossifiées.* — On ne trouve plus dans les coupes aucun vestige de tubes glandulaires, mais seulement la structure typique d'un sarcome fusocellulaire nettement périvasculaire, et en voie de dégénérescence colloïde. Les formations périvasculaires montrent le plus souvent autour de la lumière (elliptique ou triangulaire) une zone interne composée de plusieurs rangées de cellules aplaties, presque sans substance unissante, où l'on peut reconnaître une tunique interne proliférée. Plus en dehors, une couche de tissu conjonctif concentrique, renfermant des

cellules probablement musculaires à long noyau grêle parmi d'autres cellules fibroblastiques. Plus en dehors, le tissu devient exclusivement fibroblastique, et contient un certain nombre de cellules rondes qui semblent destinées à se fixer, car on voit quelques formes intermédiaires.

Ces formations périvasculaires sont unies entre elles par un tissu conjonctif ordinaire contenant des vaisseaux. Les portions intermédiaires sont le plus souvent atteintes par une transformation colloïde. La fibre conjonctive se gonfle et se confond avec les voisines, en prenant un aspect réfringent, ou bien se fractionne en gouttelettes réfringentes. Les cellules deviennent de plus en plus pauvres et en certains endroits manquent complètement. Dans ces territoires nécrosés, il s'est fait en certains points des hémorragies. La transformation colloïde existe d'ailleurs aussi dans l'intérieur des formations périvasculaires.

Portions ossifiées. — Les fragments osseux ont généralement une forme arrondie et mamelonnée à leur surface. Les plus gros ont le volume d'une noisette. Décalcifiés par l'acide picrique, additionné d'acide chlorhydrique, ils ont été divisés par le microtome et colorés avec le carmin aluné. Sur de pareilles préparations on voit un tissu osseux à trabécules étroites et allongées, dont les intervalles, correspondant aux cavités médullaires, sont occupés par un vaisseau et une faible zone de tissu fibreux. Les trabécules osseuses ne dépassent pas le stade embryonnaire de leur structure ; elles sont constituées par des fibres conjonctives encore reconnaissables, mais tuméfiées, réfringentes, colorées en rose par le carmin. Les cellules comprises dans l'os communiquent entre elles par de larges prolongements. Mal délimitées, ces trabécules se confondent insensiblement à la périphérie avec le tissu fibreux des espaces médullaires. Celui-ci est également formé de grosses fibres conjonctives, et de cellules stellaires grêles largement anastomosées entre elles et avec les corpuscules osseux. Toute cette formation osseuse est limitée à la périphérie par une membrane fibreuse qui se moule sur le contenu mamelonné de l'os, et paraît avoir la signification d'un périoste. La disposition radiée des trabécules et l'existence de cette enveloppe fibreuse pourraient faire penser que ces productions osseuses étaient rattachées par un pédicule au squelette de la région.

CLINIQUE — Voici maintenant les contingences cliniques du sarcome non pigmenté. Le lecteur pourra se convaincre qu'elles sont très variées, que la symptomatologie et l'évolution de ces tumeurs réputées malignes sont assez semblables à celles des tumeurs bénignes que j'ai passées en revue et notamment des adéno-chondromes.

Le sarcome se développe au début aux dépens de sa propre masse, en refoulant les tissus voisins sans contracter d'adhérences avec eux ; les conséquences de ce mode de développement sont importantes ; le sarcome est au début une tumeur encapsulée, énucléable et elle peut atteindre un volume considérable, celui d'un œuf de dinde, en conservant ce caractère (1). Si le premier développement a eu lieu aux dépens d'un lobule superficiel de la glande, le clinicien reconnaît aisément que la tumeur est libre d'adhérences avec les parties voisines à la sensation de nodosité roulant sous le doigt, tel un ganglion lymphatique (2). La tumeur sarcomateuse refoule la glande saine en se développant, d'où il résulte que le facial est souvent respecté par l'intervention. Même très volumineuse, la tumeur peut conserver un certain degré de mobilité. La peau, toujours saine au début et mobile sur la tumeur, peut rester telle longtemps, alors que la tumeur a pris le volume du poing ou un volume plus considérable.

Mais ce caractère primitif d'enkystement, dont je viens de dire les conséquences, peut se perdre à un moment quelconque de l'évolution souvent rapproché du début, et par exemple dans la première année, avant que le volume d'une noix ait été atteint. La tumeur, *tout en conservant des limites anato-*

(1) Rodriguez, obs. II.

(2) On peut concevoir, comme l'indique Duplay, que la tumeur développée aux dépens d'un lobule profond donne lieu au début à une tuméfaction mal circonscrite, profonde, peu mobile, malgré le réel encapsulement ; je n'ai trouvé aucune observation où cette circonstance fût notée.

miques précises, contracte alors des adhérences avec les tissus voisins et avec la peau, ce qui rend difficile sa délimitation à travers la peau et complique l'intervention.

La peau, outre qu'elle peut adhérer de bonne heure, peut s'amincir, devenir violacée, luisante, enfin se perforer et livrer passage à un champignon néoplasique.

La surface extérieure est unie ou bosselée.

La consistance a été trouvée dure ou inégale, avec points fluctuants.

Le volume peut atteindre celui d'une tête de fœtus. La marche est variable. Voici par exemple une histoire vraie de sarcome parotidien. La tumeur date de plusieurs années, cinq, dix ou quinze ans. Pendant longtemps, la tumeur mobile a gardé un faible volume, celui d'une noisette ou d'une noix ; puis en quelques mois, avec ou sans cause appréciable, le volume a augmenté jusqu'à égaler celui du poing. Dans d'autres circonstances, l'accroissement est incessant, mais très lent, et la tumeur met des années à atteindre le volume du poing, ou bien encore la malignité s'affirme dès le début ; la tumeur perd rapidement sa mobilité, s'accroît et s'ulcère en quelques mois.

Le retentissement ganglionnaire paraît exceptionnel.

L'état général est intact. La généralisation n'est pas notée.

Les troubles fonctionnels sont peu de chose ; il n'y a pas de douleurs précoces. L'embarras de la mastication ou la gêne ne surviennent que lorsque la tumeur a acquis un volume considérable.

Pour la parotide, la paralysie faciale, la rétraction du pavillon de l'oreille, l'induration du conduit auditif avec trouble de l'ouïe, ne s'observent pas.

Le sarcome des glandes salivaires se développe de préférence dans la première moitié de la vie. Chez la femme, la menstruation, la grossesse, peuvent activer son développement.

Qu'advient-il des malades opérés ? deux des observations consignent que la guérison se maintient dix-huit mois et deux ans et demi après l'opération. Il s'agit dans les deux cas de tumeurs volumineuses, l'une d'elles adhérente. Aussi est-il permis de penser que l'extirpation, pratiquée quand la tumeur est petite et parfaitement mobile, obtiendrait la curation radicale. Plus tard, au contraire, quand il faut par exemple poursuivre dans l'étroite rainure parotidienne l'insertion d'une tumeur volumineuse, les récidives doivent être fréquentes et suivre les opérations successives jusqu'à ce qu'à la fin la tumeur devienne inopérable. Le sujet de ma seconde observation personnelle fournit l'exemple de ces récidives en série.

Je ne connais pas d'observation de tumeurs abandonnées à leur naturelle évolution. Peut-être observerait-on la généralisation par la voie vasculaire.

CHAPITRE V

Tumeurs conjonctives avec formations épithéliales. Variétés complexes.

Les tumeurs que j'ai étudiées jusqu'ici se laissaient appliquer une dénomination anatomique simple. Dans toutes, j'ai trouvé une trame dont la structure se rapportait presque dans tous les points examinés à une des variétés connues de tumeurs conjonctives ; cet élément conjonctif constituait à lui seul la tumeur, ou bien il se compliquait de formations épithéliales de types variés, mais dont la présence n'apportait pas au pronostic de la tumeur un élément de gravité.

Dans un nombre assez grand de tumeurs parotidiennes ou sous-maxillaires, la structure est très variée. On trouve encore les productions épithéliales de tous les types. Quant au stroma conjonctif, il se rapporte, suivant les points qu'on examine, au fibrome, au chondrome, au myxome ou au sarcome, chacun de ces tissus pouvant subir les diverses dégénéralions et présenter les aspects variés que j'ai passés en revue en faisant leur étude séparée. On imagine aisément la variété des caractères macroscopiques que peuvent offrir ces tumeurs. Leur histologie, je l'ai présentée par fragments dans les chapitres précédents. Quant à leur symptomatologie, c'est celle de l'adéno-chondrome, de l'adéno-fibrome ou du sarcome. Le lecteur a pu voir que les contingences cliniques de ces affections sont identiques, et, si je les ai présentées

trois fois dans des chapitres séparés, c'est pour qu'on ne crût pas à une simplification artificielle par le procédé d'exposition, et pour justifier, par la préalable étude analytique des variétés, le groupement ultérieur en une seule classe.

Planteau étudia à la parotide les tumeurs qui sont le sujet de ce chapitre sous le nom de *tumeurs hypertrophiques complexes*. Pérochaud les dénomme *tumeurs mixtes*. En effet, la variété de leur structure fait qu'on ne peut mentionner dans le titre sous lequel on les décrit les tissus variés dont elles sont faites. C'est au compte rendu détaillé qu'il faut renvoyer ce renseignement.

CHAPITRE VI

Tumeurs conjonctives avec formations épithéliales. Variété cylindrome.

Les glandes salivaires sont un terrain de choix pour le développement de cette variété rare et singulière de tumeurs, pour lesquelles l'important mémoire de M. Malassez (1) a consacré le nom de cylindrome, après que nombre d'autres appellations lui avaient été appliquées outre celle-là.

Cliniquement, le cylindrome ne se distingue pas du chondrome ou du fibro-adénome. Histologiquement, c'est une tumeur conjonctive avec formations épithéliales, variété chondrome ou fibrome, remaniée par des circonstances singulières. Pour les controverses auxquelles ont donné lieu les figures des cylindromes, je renvoie le lecteur, désireux d'étudier à fond la question, au mémoire de M. Malassez. J'indique seulement les stades de la si curieuse évolution de ces tumeurs, en transcrivant les lignes qui terminent la note histologique de M. le professeur Kiener, qu'on trouvera ci-dessous :

« La néoplasie paraît débiter par une formation adénomateuse issue des acini de la glande. Mais en même temps le tissu conjonctif qui sépare les lobules et les acini s'épaissit, végète à la manière d'un papillome, en refoulant la paroi externe des acini et de leurs conduits excréteurs ; ensuite,

(1) *Archives de physiologie.*

ces papillomes intracanaliculaires subissent une transformation hyaline. Lorsque le bourgeonnement papillomateux intra-canaliculaire a atteint la limite de son développement, et a fini par atrophier l'épithélium, le lobule subit en masse la nécrose, par suite de la suppression de la circulation sanguine et lymphatique (1). »

Voici maintenant l'observation dont les pièces font partie de la collection de M. le professeur Kiener.

Observation XI

(Pièce n° 152)

Cylindrome de la glande sous-maxillaire

Femme de quarante-huit ans, mariée à la campagne, de bonne santé. Début, il y a environ sept ans, à la région sous-maxillaire gauche, d'une tumeur dure, qui ne s'est pas ulcérée; entièrement isolée du maxillaire inférieur et mobile sur les parties profondes. Opérée, le 17 février 1890, par M. le professeur Dubrueil.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule, elle est aplatie et bosselée, de consistance générale très dure. Sur une section médiane, on reconnaît aisément que la tumeur s'est développée aux dépens de la glande sous-maxillaire; on voit en effet sur un point à la périphérie un restant de la glande normale, et, du tissu glandulaire au néoplasme, la transformation est graduelle. Outre cette portion glandulaire, on peut décrire à la tumeur deux parties. La première est subdivisée en deux parts par une cloison osseuse de près d'un millimètre, elle est constituée par un tissu blanchâtre, d'aspect et de consistance cartilagineux, parsemé de grains et de lamelles calcifiés ou osseux. En un

(1) Le cylindrome vient de faire l'objet d'un nouveau mémoire paru dans le journal de Ziegler (*Beitrag zur Kenntniss der Parotisgeschwülste, Cylindroma und Chondromyxoma endotheliale*, von Theodor von Ohlen, in *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie*, de Ziegler, 1893). L'auteur relate deux faits nouveaux, et, revenant sur les discussions que résuma M. Malassez, interprète que les végétations hyalines sont développées dans les espaces lymphatiques.

point de cette portion se voient les orifices de cavités cylindriques anfractueuses qui paraissent être les conduits excréteurs de la glande dilatés ; sur quelques points, la surface de ces cavités présente des végétations papillaires.

La seconde portion de la tumeur est rosée, d'aspect sarcomateux, et manifestement en voie d'accroissement. Elle s'infiltré en effet dans le tissu musculaire par plusieurs digitations.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, par M. le professeur Kiener. — Les coupes, obtenues après décalcification par l'acide picrique et durcissement par l'alcool, montrent des lobules d'aspect glandulaire et de diverses dimensions, séparés par de larges traînées de tissu fibreux. Ces traînées fibreuses sont extrêmement denses, pauvres en cellules et en vaisseaux, et ont un aspect hyalin particulier. Au milieu d'elles on remarque çà et là des plaques à cassure nette, uniformément colorées en rouge par les carmins, et privées de cellules ; ce sont des plaques calcaires. Sur d'autres points il existe des flots d'os vrai, constitués par des trabécules osseuses, et par des espaces médullaires où la moelle est représentée par un tissu fibreux parcouru par des vaisseaux sanguins. Ces formations osseuses se rencontrent aussi dans l'intérieur des lobules, et l'on peut voir dans leurs espaces médullaires des culs-de-sac épithéliaux.

Les lobules d'aspect glandulaire présentent des dessins assez variés qu'on peut rapporter aux diverses phases d'un même processus :

1° Sur quelques points on voit des conduits glandulaires ramifiés et terminés par des culs-de-sac remplis d'épithélium à petites cellules polygonales. Les lobules ainsi constitués sont toujours petits et relativement peu nombreux. On les rencontre dans des endroits très éloignés des restes normaux de la glande. Il est à remarquer en outre que, dans les lobules encore reconnaissables de la glande sous-maxillaire, on voit au milieu des acini normaux quelques groupes d'acini présentant l'aspect qui va être décrit ;

2° D'autres lobules plus volumineux présentent un aspect caractéristique. On y reconnaît encore une structure générale glandulaire. Le centre du lobule est occupé par des tubes épithéliaux anastomosés entre eux, et ces tubes se terminent à la périphérie du lobule par une série de culs-de-sac arrondis, en forme de doigt de gant ou de massue. Les formations tubulées et les culs-de-sac sont parsemés d'espaces circulaires hyalins, réfringents, de structure anhiste, ou mon-

trant quelques vestiges de cellules conjonctives stellaires. Quelquefois un cul-de-sac périphérique ou un tube central, coupés suivant leur axe, montrent dans leur axe un cylindre hyalin unique coiffé d'un revêtement épithélial. On peut rencontrer aussi un tube uniquement composé d'épithélium, qui se continue avec une autre portion tubulée, dans laquelle apparaissent au milieu des cellules épithéliales les espaces clairs mentionnés plus haut ;

3° Dans d'autres lobules, la structure glandulaire est moins manifeste. Les formations hyalines intracanaliculaires se sont multipliées et élargies, au point que le revêtement épithélial n'est plus représenté que par une seule couche de cellules aplaties. Cette transformation commence toujours par la partie centrale du lobule, et il arrive souvent qu'elle est complète au centre de celui-ci, tandis qu'à la périphérie on reconnaît encore des culs-de-sac constitués par un épithélium cubique, à plusieurs couches ;

4° D'autres lobules sont nécrosés ; les matières colorantes n'y décèlent aucun noyau, mais on y reconnaît la structure générale décrite pour les lobules précédents. La configuration des tubes et des culs-de-sac épithéliaux est encore apparente, mais l'épithélium est représenté seulement par une mince couche granuleuse et opaque, sans noyau coloré, circonscrivant des espaces circulaires hyalins qui se touchent presque. Les formations hyalines sont elles-mêmes nécrosées et parsemées de fines granulations, en partie graisseuses. Ces districts correspondent aux îlots jaunâtres et opaques mentionnés dans l'examen macroscopique. La nécrose intéresse quelquefois plusieurs lobules voisins, ainsi que les cloisons fibreuses qui les séparent.

L'interprétation qui me paraît le mieux rendre compte de ces divers aspects histologiques est celle qui a été proposée par M. Malassez (Mémoire sur le cylindrome, *Archives de physiologie*, 1883). La néoplasie paraît débiter par une formation adénomateuse issue des acini de la glande sous-maxillaire. Mais en même temps le tissu conjonctif qui sépare les lobules et les acini s'épaissit, végète à la manière d'un papillome en refoulant la paroi externe des acini et de leurs conduits excréteurs ; ensuite ces papillomes intracanaliculaires subissent une transformation hyaline. Ce qui démontre la simultanéité des processus papillomateux et adénomateux, c'est l'existence des figures caractéristiques du cylindrome au milieu des acini encore normaux dans les lobules de la glande qui commencent à être envahis.

Lorsque le bourgeonnement papillomateux intracanaliculaire a atteint la limite de son développement et a fini par atrophier l'épithélium, le lobule subit en masse la nécrose par suite de la suppression de la circulation sanguine et lymphatique. La transformation calcaire et osseuse du tissu conjonctif indique qu'il s'agit d'une irritation faible et de longue durée.

CHAPITRE VII

Sarcome mélanique

Tout l'enseignement sur ce sujet est fourni par deux belles observations reproduites dans la thèse de Rodriguez. Elles ont toutes deux trait à la parotide. La première a été communiquée à la Société anatomique en 1875 ; l'autre, due à M. Thiriar, a paru dans la *Presse médicale belge*. Je consigne ci-dessous ce qu'on peut déduire de ces deux observations.

Plusieurs traits séparent le sarcome mélanique du sarcome sans pigment pour le rapprocher du carcinome. Son caractère principal est sa diffusion, son adhérence, sa tendance à envahir les parties voisines. Dans la première observation, la tumeur infiltrée dans les muscles, dans les nerfs, insinuée le long des carotides, avait érodé le rocher et s'y était creusé une cavité qu'elle remplissait. La peau, marquée d'un bouton noirâtre dans un cas, était dans l'autre violacée, amincie, adhérente. Nul doute qu'elle puisse aussi être envahie par le sarcome et s'ulcérer. La consistance de la tumeur a été une fois dure, une fois mollassse ou fluctuante. La paralysie faciale n'est pas un symptôme initial comme dans le carcinome : dans une des observations, elle n'est apparue que huit ans après le début de la tumeur ; dans l'autre, elle resta incomplète malgré l'existence d'une tumeur volumineuse. Les ganglions

furent envahis dans un cas, restèrent indemnes dans l'autre ; dans cette dernière observation, l'état général se troubla et la généralisation se fit par la voie vasculaire.

Cet exposé clinique aurait évidemment besoin d'être appuyé de faits nouveaux, et complété notamment sur les caractères de début de la tumeur.

Le tissu néoplasique était dans un cas dur, blanc, avec des taches noires. Les tumeurs de généralisation criblant le poumon étaient blanches, sans pigment ; la structure était celle du sarcome fasciculé avec pigment. Dans l'observation de M. Thiriar, la tumeur était formée d'une substance mollassse, assez semblable à du cirage, et tachant les mains. La description histologique confirme bien le diagnostic de sarcome.

CHAPITRE VIII

Sur quelques tumeurs conjonctives exceptionnelles

Les tumeurs que j'ai étudiées dans les chapitres précédents me paraissent être, à l'exception du sarcome mélanique, les formes différentes d'une même maladie, ainsi que je le ferai ressortir plus tard. Tout à fait distinctes, au contraire, sont certaines néoplasies conjonctives exceptionnelles observées aux glandes salivaires, je veux dire le lymphadénome, le lipome, l'angiome et le lymphangiome. Le lymphadénome dépend d'une maladie générale qu'on peut supposer infectieuse. Le lipome paraît se développer sous l'influence de simples irritations mécaniques. Enfin l'angiome et le lymphangiome paraissent se rattacher à un vice d'évolution. J'emprunte aux auteurs quelques mots d'information sur ces affections rares.

Le lymphadénome peut se développer dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires comme dans d'autres. C'est alors une tumeur développée à l'intime voisinage de la glande salivaire, mais pas aux dépens de la glande, et qui sort de mon sujet par son siège anatomique.

Une observation de MM. Notta et Monod (1) concerne une infiltration lymphomateuse de la parotide.

(1) Notta et Monod, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris 1880, t. VI, p. 508 et 539.

Le lipome a été uniquement observé à la parotide. Il peut être infiltré ou avoir des limites nettes. L'histoire du lipome infiltré repose sur une seule observation (1). Quant au lipome encapsulé, il peut siéger au-dessous de l'aponévrose parotidienne ou au-dessous de la glande. Ses signes physiques, son évolution, sont en ce siège ce qu'ils sont ailleurs.

L'angiome et le lymphangiome ont été observés à la parotide, et toujours dans les premiers mois de la vie. L'angiome détermine une voussure de la région parotidienne, parfois avec teinte bleutée de la peau; la tuméfaction est mal délimitée, molle, dépressible, en partie réductible. Dans le lymphangiome, les lobules sont séparés par des kystes de dimensions variables, remplis de lymphe et communicants entre eux. Cliniquement il existe une tuméfaction parotidienne, non délimitée, très molle et non réductible, parfois demi-transparente.

(1) Walzberg, *Centralblatt für Chirurgie*. Leipzig, 1881, p. 270.

CHAPITRE IX

Tumeurs épithéliales. — Sur l'adénome et l'épithélioma

Dans les tumeurs épithéliales, la cause morbide semble porter son action directe sur l'épithélium. C'est celui-ci qui est malade, c'est lui qui constitue l'élément important, significatif de la tumeur, lui qui crée le danger, s'il y en a, par le désordre de son évolution. Quant à l'élément conjonctif, ou bien il joue le rôle de simple tissu de soutènement pour les formations épithéliales, ou bien il se dispose en barrières fibreuses limitant les progrès de l'épithélium.

Les types auxquels on rapporte les tumeurs épithéliales, dans les divers organes où on les étudie, sont l'adénome, l'épithélioma, le carcinome. Je vais étudier pour les glandes salivaires quelles tumeurs méritent d'être rangées sous ces rubriques. Je dirai : 1° que l'adénome selon la définition de MM. Cornil et Ranvier est une curiosité pathologique; 2° que les tumeurs que j'ai trouvées décrites sous le nom d'épithélioma présentent, la plupart, des caractères de la bénignité et peuvent, de ce chef, être comprises dans l'adéno-fibrome défini ainsi que j'ai fait; 3° que le carcinome, tumeur assez fréquente, mérite une étude attentive, laquelle étude je ferai avec les documents qui sont entre mes mains.

SUR L'ADÉNOME

L'adénome, suivant MM. Cornil et Ranvier, est une tumeur constituée sur le type normal de la glande où elle se développe. J'ai trouvé dans la thèse de Planteau une observation précise d'adénome acineux des glandes salivaires. La voici, copiée in-extenso :

Thèse de Planteau, observation IX

Adénome

Femme, quarante-sept ans. Début, onze ans.

« La tumeur est ovoïde, elle a 6 centimètres sur 4. Sa surface extérieure est lisse, présentant des parties jaunes, d'autres brunâtres.

» A la coupe, on voit qu'elle est composée de lobules jaune brunâtre énucléables. Entre eux, se trouve un tissu conjonctif contenant des vaisseaux; dans d'autres points, entre les lobules se trouve une grande quantité de tissu graisseux.

» Ces lobules sont durs, résistants, et ressemblent à la glande salivaire normale.

» Nous avons examiné des coupes pratiquées par M. Ranvier, et qui nous ont paru constituées exactement comme une glande salivaire normale.

» Les culs-de-sac sont parfaitement nets et distincts, groupés en lobules qui sont séparés par du tissu conjonctif. On distingue très bien la membrane limitante, la lumière centrale, et les cellules polyédriques rangées contre la paroi. »

En présence de ce fait unique, on ne peut que souscrire à l'opinion de MM. Cornil et Ranvier, que l'adénome existe et qu'il est excessivement rare.

Rare à ce point qu'on regrette l'application d'une dénomination commode pour une affection si exceptionnelle que le terme doit ne presque jamais servir. A la vérité, pour désigner des néoformations épithéliales non malignes, bien que

très éloignées des types normaux, ce mot d'*adénome* était tout à fait commode, et c'est pourquoi on fait entrer ce mot dans les noms composés servant à désigner les tumeurs mi-partie épithéliales et conjonctives.

SUR L'ÉPITHÉLIOMA

A la suite d'un cancroïde de la face ou d'un épithélioma de la muqueuse buccale, il peut arriver que l'ulcération cancroïdale vienne à creuser dans le tissu d'une glande salivaire, ou bien qu'un ganglion parotidien ou sous-maxillaire se prenne, et crée un foyer épithéliomateux à l'intime voisinage de la glande. Qu'advient-il alors ? Les glandes salivaires participent-elles à la transformation épithéliomateuse, leurs acini se changent-ils en bourgeons cancroïdaux ? ou bien la glande n'éprouve-t-elle que des altérations régressives ? C'est cette dernière circonstance qui se trouve réalisée dans les deux observations que voici :

Observation XII

(Pièce n° 19)

Glande sous-maxillaire sclérosée au voisinage des ganglions épithéliomateux

Un homme de soixante-cinq ans entre, au mois d'août 1887, dans le service de M. le professeur Tédénat. Consécutivement à un épithélioma siégeant au côté gauche de la lèvre inférieure, les ganglions sous-maxillaires se sont gonflés, puis ramollis, enfin ont évacué leur cavité du côté de la bouche. M. Tédénat extirpe à la fois le cancroïde, le paquet ganglionnaire et la glande sous-maxillaire adhérente à celui-ci. C'est cette glande qui est examinée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — La glande n'est aucunement envahie par la néoplasie. La lésion produite par le voisinage de la tumeur consiste essentiellement en de la sclérose.

La sclérose est surtout prononcée autour du conduit excréteur principal et des vaisseaux qui l'accompagnent. Les cloisons interlobulai-

res de toute la glande sont aussi très épaissies ; enfin la sclérose pénètre dans les lobules et dissocie les acini. Des lésions du parenchyme accompagnent la lésion interstitielle.

Le centre de la glande est occupé par un bloc fibreux considérable où sont noyés les principaux canaux vasculaires et d'excrétion. Ce tissu fibreux est infiltré par places de cellules rondes assez nombreuses. On y voit de nombreuses sections de filets nerveux. Les artères de tous calibres n'y présentent pas de lésions. Les canaux excréteurs de grand diamètre ont un contour sinueux ; leur épithélium, au lieu d'être à une seule couche, est cylindrique à plusieurs couches. Sa striation ne s'aperçoit plus.

Les lésions des lobules sont d'autant plus prononcées que le lobule est plus éloigné de la périphérie. Dans les plus proches du bloc fibreux central, un tissu conjonctif infiltré de cellules rondes dissocie les éléments glandulaires réduits à l'état de vestiges. Les canaux excréteurs ont le plus de résistance ; ils sont reconnaissables, leur lumière subsiste entourée d'un petit épithélium foncé indifférent, leur réseau ramifié s'aperçoit. Quant aux acini, le groupement dans des champs circulaires très espacés de quelques noyaux foncés et atrophies en est le seul vestige.

A la périphérie de la glande, au contraire, les lobules sont à peu près sains. Il n'y a pas de lésion interstitielle, les rapports des éléments sont conservés, les canaux excréteurs sont normaux. Seulement aucun acinus ne présente le caractère muqueux ; les cellules glandulaires sont toutes granuleuses et sombres, alors que ces caractères sont ceux de la minorité des cellules dans une glande saine. Les troubles d'excrétion produits par la lésion du centre sont sans doute la cause de cette modification.

Des lobules périphériques sains aux lobules atrophies voisins du centre, la transition est graduelle. Un tissu conjonctif délicat, infiltré de cellules rondes, dissocie les acini. Ceux-ci s'atrophient ; les canaux excréteurs résistent davantage et demeurent toujours reconnaissables.

Observation XIII

Épithélioma du repli sublingual

Les coupes intéressent le cancroïde, de sa surface libre à ses limites profondes, et une portion de la glande sublinguale sous-jacente.

Le cancroïde n'a pas d'intérêt pour mon sujet ; il ne présente d'ailleurs rien de particulier dans sa structure. Les bourgeons épithéliaux sont séparés par une faible quantité de tissu fibreux dans la portion superficielle. Plus profondément, le tissu interstitiel est plus abondant. Enfin, une épaisse couche de tissu fibreux grossier, par places infiltré de cellules rondes, isole la portion néoplasique des tissus sous-jacents. C'est dans cette zone fibreuse que se fait l'accroissement de la tumeur, et la barrière conjonctive se reforme dans la profondeur à mesure qu'elle est envahie par la néoplasie. La glande est donc complètement isolée de la tumeur. Elle est saine, à l'exception des lobules immédiatement appliqués contre la barrière fibreuse les séparant de l'épithélioma. Dans ceux-ci les acini sont dissociés par une quantité très considérable de petites cellules rondes. Les acini sont atrophiés. Au lieu de grandes cellules muqueuses à protoplasma clair, ils présentent de toutes petites cellules rondes. L'arrangement circulaire est conservé sur tous les acini reconnaissables comme tels.

On voit qu'il s'agit dans les deux cas de sclérose, et nullement d'épithélioma de la glande. Dans le cas de la sublinguale, une épaisse barrière fibreuse limite l'ulcération cancéroïdale, et, à mesure des progrès de celle-ci, recule en atrophiant la glande. C'est ici le lieu de dire que le dossier des tumeurs de la sublinguale comprend surtout des faits analogues à ceux que j'ai présentés (1), lesquels faits ne peuvent compter comme tumeurs de la glande.

En somme, je ne trouve pas l'épithélioma dit secondaire par les auteurs, la glande envahie participant à un processus commencé en dehors d'elle. Cependant, comme on sait que les glandes sébacées et sudoripares prennent part au développement de l'épithélioma cutané, comme les glandes sali-

(1) Margnat consacre sa thèse (Paris 1877) à l'épithélioma de la sublinguale. Quatre sur six de ses observations ont trait évidemment à des cancroïdes primitifs du plancher buccal. Dans les deux autres cas, où il paraît y avoir eu tumeur de la glande, aucun examen histologique n'appuie le fait clinique. L'histoire des tumeurs solides de la glande sublinguale n'est donc étayée d'aucun fait.

vaires sont filles de l'épiderme, leur participation vérifiée à un épithélioma voisin ne m'étonnerait pas.

Mais existe-t-il un épithélioma primitif des grosses glandes salivaires, parotide ou sous-maxillaire? La réponse est subordonnée aux conditions qu'on exige d'une tumeur pour être dénommée épithélioma. Je m'expliquerai sur ce point dans la revue d'ensemble de l'anatomie pathologique des tumeurs que j'étudie.

Ici je dirai seulement que, de tumeur épithéliale *maligne*, primitivement développée dans la parotide ou la sous-maxillaire, séparée du carcinome par ses caractères anatomiques pour être rapprochée des épithéliomas, de pareille tumeur je ne connais pas d'exemple. Les faits que Pérochaud relate comme épithéliomas ont trait à des tumeurs que tous leurs caractères rangent dans les tumeurs conjonctives avec formations adénomateuses. Une observation personnelle où plusieurs détails histologiques paraissaient signer la malignité et réclamer l'étiquette épithélioma, cette observation s'est trouvée se rapporter à une tumeur à caractères cliniques bénins: je l'ai rangée avec les adéno-fibromes; c'est la pièce n° 13, observation VI. A côté, on trouve cet adéno-fibrome du voile du palais où les formations adénomateuses sont si bien du type malpighien qu'elles vont à l'édification de globes épidermiques: la tumeur étant bénigne, je l'ai distraite des épithéliomas. Une observation de la thèse de Jouliard(1) s'intitule épithélioma; elle rapporte un fait fort particulier; ce n'est certes pas une relation authentique d'épithélioma.

Pas plus que l'épithélioma secondaire, je ne nierai pourtant pas l'épithélioma primitif. Je me borne à noter que je n'en ai pas trouvé d'observation, et je passe au carcinome.

(1) Thèse de Jouliard. Paris, 1887-88, n° 14, obs. III.

CHAPITRE X

Sur le carcinome

Le carcinome des glandes salivaires est observé à la parotide ou à la sous-maxillaire. A l'une ou l'autre de ces glandes ce n'est pas une tumeur rare. Pour la parotide, on sait combien les chirurgiens ont discuté sur la légitimité et les chances des interventions pour cancer; d'aussi longues controverses ne pouvaient s'élever que pour des cas cliniques assez fréquents. Pour la sous-maxillaire, je ne pense pas que l'affection soit plus rare, et chaque chirurgien à la fin de sa carrière doit bien en avoir vu passer quelques cas.

Malgré qu'il ne s'agisse pas, tant s'en faut, de curiosités pathologiques, le bon document est rare, sur ce point de mon sujet comme sur les autres. Les seules observations sur lesquelles on puisse faire fond sont celles des quatre faits qui ont servi à M. Michaux pour écrire son instructif travail sur le carcinome parotidien (1).

La collection de M. le professeur Kiener comprend quatre faits, deux se rapportant à la parotide, deux à la sous-maxillaire. On les trouvera ci-après. C'est sur ces huit faits que je vais écrire.

Trois des cas observés par M. Michaux se rapportaient à des carcinomes parotidiens et à une forme très spéciale du

(1) Michaux, thèse Paris, 1884.

carcinome, au squirrhe atrophique. Les trois observations sont si concordantes, le squirrhe atrophique parotidien s'y présente avec une physionomie si particulière, avec des caractères anatomiques et cliniques si tranchés, que je veux commencer par le décrire isolément.

SUR LE SQUIRRHE ATROPHIQUE PAROTIDIEN

Quand la néoplasie a évolué assez longtemps pour entraîner la mort du patient, la parotide est transformée en un bloc d'un tissu d'une dureté ligneuse, adhérent de partout, blanchâtre, dans lequel tout au plus peut-on deviner quelques vestiges de la glande. De ce bloc partent des trainées irradiées, continues ou formées de nodules infiltrant les régions voisines. Le masséter, le temporal, pâles, sont ainsi infiltrés de nodosités cancéreuses; le sterno-mastoïdien peut être induré dans une grande partie de sa hauteur et rétracté. Le nerf facial, la jugulaire externe, la carotide externe, si sa disposition anatomique lui fait traverser la glande, sont englobés, perdus, disparus dans le bloc néoplasique. Du côté interne, le paquet vasculo-nerveux peut sans doute être intéressé d'une façon variable; dans une des observations, la jugulaire interne se trouvait enserrée d'une virole néoplasique. Les lésions de la peau sont du plus haut intérêt, parce que, extérieures, ce sont elles qui donnent à l'affection sa physionomie clinique. La peau est adhérente; elle est rouge, jusqu'au rouge vif ou au violacé, sans doute par vaso-dilatation, suite de compressions nerveuses; elle est déprimée au niveau de la région parotidienne. De cet enfoncement central partent des sillons rayonnés, conséquences de la rétraction du tissu parotidien. La peau elle-même peut devenir cancéreuse; elle est alors épaissie, d'une dureté ligneuse ainsi que tous les tissus de la région, chagrinée; des plis et dépressions qui la sillonnent

limitent des bosselures ou des nodosités, plus dures encore que le reste ; ces nodosités, situées dans la peau, sont du volume d'une grosse tête d'épingle jusqu'à celui d'une petite noisette. En un mot, c'est la peau du squirrhe en cuirasse observé à la mamelle. L'envahissement cancéreux peut s'étendre à toute la peau de l'arcade zygomatique, presque à la clavicule. La peau peut s'ulcérer, mais tardivement. Le pavillon de l'oreille participe à la rougeur de la peau ; il est épaissi, induré et, qui plus est, recroquevillé. Les parois du conduit auditif externe, épaissies, rétrécissent le calibre du conduit. Les paupières, si prédisposées à l'œdème, peuvent s'œdématier du fait des compressions veineuses. Enfin, les vaisseaux lymphatiques efférents sont transformés en cordons durs, parfois gros comme une plume d'oie, et aboutissent à des chapelets ganglionnaires petits, durs, qui peuvent s'étendre jusqu'à la clavicule. La mort peut arriver avant la généralisation.

Ce tableau anatomo-pathologique de l'affection arrivée à une période avancée me dispense de dire quels sont alors les caractères objectifs. Voyons quels sont les troubles fonctionnels. D'abord l'hémiplégie faciale avec ses signes connus : elle est constante, et c'est même elle, comme je le dirai, qui a ouvert la scène. L'acuité auditive est diminuée du côté malade, trouble dont rend compte le rétrécissement du conduit. Il y a des bourdonnements d'oreilles. Les mouvements de mastication sont gênés par les lésions des muscles masticateurs et surtout par le bloc induré qui s'est substitué à la parotide. Les mouvements du cou sont gênés également par l'induration de la peau ou du sterno-mastoïdien, ou même la rétraction cancéreuse du muscle produit un vrai torticolis. Enfin il existe des douleurs qui, à vrai dire, ne paraissent pas au premier rang des symptômes : ce sont des fourmillements ou élancements. Leur apparition peut être tardive.

Quant à l'ordre d'apparition des divers traits du tableau que je viens de tracer, le voici : le trouble premier aperçu est la paralysie faciale, ou au moins celle-ci se montre en même temps que le premier signe découvert. Après la paralysie faciale, ou avec elle, le malade s'aperçoit du creusement de la dépression parotidienne et de l'adénopathie. Puis viennent les troubles fonctionnels, gêne et douleurs, en même temps que les lésions se complètent, que la peau rougit et s'ulcère, etc...

L'évolution se fait en trois à cinq ans, et se termine par la mort.

Telle est l'esquisse du squirrhe parotidien dont les observations de Michaux lui ont fourni les traits. On ne niera pas qu'une telle affection ait quelque chose d'absolument tranché et distinct de tout ce que j'ai rencontré dans ma revue des tumeurs parotidiennes. Plus complexe est l'étude des autres variétés du carcinome.

SUR LES AUTRES VARIÉTÉS DU CARCINOME

Voici d'abord un résumé de l'observation de Michaux. Je donnerai ensuite mes quatre observations personnelles, et le lecteur aura les mêmes éléments que moi pour se faire une idée du carcinome des glandes salivaires.

Thèse de Michaux, observation IV

(Résumée)

Encéphaloïde parotidien

Homme, quarante-huit ans, entre en décembre 1882. Début cinq mois avant par une petite grosseur du volume d'un pois mobile sous la peau intacte, située à l'angle de la mâchoire à gauche. Depuis, accroissement lent et progressif. Il y a cinq semaines, douleurs. Depuis, accroissement plus rapide, douleurs plus vives, insomnie.

Etat à l'entrée : Douleurs, élancements, paralysie faciale. Difficulté de la mastication, écartement des mâchoires douloureux. Troubles de l'audition. Amaigrissement.

Le creux parotidien est comblé par une masse de 6 centimètres de haut et de large, fixe, immobile, pénétrant profondément, bosselée, ferme. La peau commence à adhérer.

En quatre mois la tumeur augmente de volume, se ramollit, la peau se vascularise et s'ulcère. Les douleurs s'accroissent. L'orthopnée annonce la généralisation. Mort en avril 1883.

Carcinome encéphaloïde généralisé.

Voici maintenant les observations tirées de la collection de M. le professeur Kiener.

Observation XIV

(Pièce n° 279)

Carcinome de la glande sous-maxillaire

Homme, quarante-deux ans, terrassier. Il y a quatre mois, s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du volume d'une amande, mobile sous la peau, siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche. Rapidement la tumeur se fixe, augmente de volume, et devient le siège de douleurs lancinantes. Une incision faite à la tumeur ne s'est pas cicatrisée.

Actuellement (janvier 1893), tumeur du volume du poing, occupant la région sus-hyoïdienne, immobile. Par une ulcération grande comme une pièce de 2 francs, des bourgeons exubérants font saillie. L'exploration avec la sonde cannelée montre que le maxillaire inférieur est dénudé et friable.

La tumeur est jugée inopérable. M. le professeur Tédénat excise un morceau pour le soumettre à l'examen histologique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — Les coupes montrent la structure la plus typique du carcinome alvéolaire. Un stroma conjonctif peu abondant limite des alvéoles remplis de cellules carcinomateuses donnant presque toutes des signes de division.

Je crois qu'on peut légitimement admettre que le carcinome s'est développé aux dépens de la glande sous-maxillaire. L'angle de la mâ-

choire est un lieu d'élection pour la première apparition des tumeurs des glandes salivaires. A la région sous-maxillaire, je ne vois que la glande comme tissu épithélial pouvant devenir le lieu de développement d'un carcinome.

Observation XV

(Pièce n° 316)

Carcinome malpighien de la parotide

Un homme de soixante-huit ans, alcoolique et fumeur, a vu se développer, il y a trois mois, à l'angle du maxillaire et sous la mâchoire, une tumeur arrondie et mobile qui fut considérée comme ganglionnaire. La tumeur acquit bientôt le volume d'une petite pomme, et fut opérée à l'hôpital Cochin par M. Chauvel, le 27 octobre 1882. On la trouva assez nettement enkystée, sauf à la partie supérieure, où elle se reliait par un pédicule à la parotide.

La moitié de la tumeur qui est remise a une consistance assez ferme, une couleur blanche, elle est lisse à sa surface et limitée par une lame de tissu conjonctif condensé. La pression fait sourdre une matière granuleuse qui est composée de cordons épithéliaux ramifiés. Les épithéliums dissociés ont une forme extrêmement variable, souvent en raquette avec des noyaux et des nucléoles volumineux. Plusieurs des cellules sont à noyaux multiples avec double contour, arrondies ou rameuses. Par places, les cellules sont infiltrées de granulations graisseuses.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — La disposition est celle du cancer alvéolaire le plus typique, avec prédominance de l'élément épithélial.

Le stroma conjonctif est formé par un tissu fibreux grossier, ayant assez, vu à un fort grossissement, l'aspect du foin. Ce tissu est médiocrement riche en cellules fixes ou petites cellules rondes. Par places il est criblé de gouttelettes et privé de cellules, ayant subi la fonte colloïde ainsi que les amas épithéliaux qu'il comprend.

L'intérêt histologique de cette tumeur réside dans les caractères de l'épithélium. Celui-ci laisse apparaître plusieurs des caractères de la cellule malpighienne. Les cellules enserrées dans un même alvéole sont cohérentes entre elles, intimement accolées par leurs faces

contiguës. La portion périphérique de leur protoplasma est dense et rigide, tandis que le centre a la plus grande tendance à subir une fonte en gouttelettes qui laisse le noyau libre dans la coque protoplasmique extérieure. Ces coques, étant cohérentes entre elles, donnent sur les coupes l'aspect d'un réseau à traits effilochés ; un noyau est compris dans chaque maille ; le tout est criblé de gouttes colloïdes. Ce n'est pas tout : en des points très disséminés de la coupe, on trouve des dispositions rappelant le globe épidermique. Autour d'une grosse cellule centrale qui paraît morte, deux ou trois cellules s'aplatissent et se recouvrent les unes les autres.

Les cellules épithéliales sont énormes à noyaux géants. Leur fonte colloïde est précoce. Ces caractères joints à la diffusion complète de l'épithélium attestent qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

La désignation de carcinome malpighien lui serait exactement appropriée.

Observation XVI

(Pièce n° 251)

Carcinome de la glande parotide

Homme, cinquante-trois ans, sec, vigoureux, aperçoit, un an avant l'intervention, une tumeur grosse comme un pois à sa région parotidienne droite, indolore. Cette tumeur a grossi graduellement pendant dix mois, puis, en deux mois, a doublé de volume en provoquant quelques douleurs lancinantes.

Tumeur grosse comme un gros marron, située entre le conduit auditif et la branche montante, envoyant un prolongement sous le lobule de l'oreille. Tumeur très dure, non lobulée, absolument immobile, fixée dans la rainure ; la peau, peu mobile, ne paraît pas envahie.

Le 7 septembre 1892, M. le docteur Reynaud, chirurgien en chef de l'hospice de Nîmes, à qui je dois l'observation, extirpe la tumeur. Incision, dissection au bistouri à la partie superficielle, avec le doigt et la spatule dans les parties profondes. La tumeur pédiculisée vers l'articulation temporo-maxillaire, le chirurgien, ne pouvant pousser plus loin la dissection, vu l'étroitesse de la rainure, coupe au-dessous d'une ligature la portion pédiculisée. Suites opératoires bonnes, cicatrisation complète en janvier. Au mois de mai 1893, aucun indice de récurrence.

La tumeur pèse vingt grammes. Elle a la forme d'un gros marron un

peu aplati, elle n'est pas délimitée par une enveloppe, et sur la plus grande partie de sa surface on voit une couche de tissu glandulaire qui se continue sans démarcation nette avec le néoplasme. La consistance est celle d'un sarcome dur, la coloration blanche, le tissu du néoplasme est homogène, sans apparence glandulaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — L'aspect de la coupe est carcinomateux, des cellules épithéliales étant diffusées dans une gangue fibreuse.

Le tissu fibreux est peu abondant, sa constitution est assez spéciale; la fibrillation est très indistincte, les fibres sont homogènes et réfringentes, leur direction est indiquée surtout par la direction des cellules interposées. Celles-ci sont des fibroblastes très allongés, d'une extrême ténuité; leur noyau, qui est la seule partie apparente, se révèle par un mince linéament coloré au sein du tissu incolore. Ces noyaux sont à la limite de la colorabilité, et, lorsque sur d'autres points on voit des territoires fibreux privés de cellules, on peut croire, soit que les cellules sont mortes, soit qu'elles sont dans un état distinct de la mort, où leur noyau aurait perdu ses aptitudes de coloration.

Dans ce tissu sont diffusés des amas épithéliaux de beaucoup prédominants dans la coupe. Ces amas sont de toutes les dimensions, de toutes les formes. Ils sont très intimement mêlés au tissu fibreux, mais on peut toujours dire d'un élément déterminé s'il est conjonctif ou épithélial. Les cellules qui composent ces amas sont médiocrement volumineuses, $15\ \mu$ en moyenne; leur noyau, fortement coloré, est le plus souvent ovoïde. Leur protoplasma est très délicat. Les cellules sont peu cohérentes entre elles; elles se dissocient spontanément dans les manques de la préparation; rarement leur protoplasma est demeuré autour du noyau et permet de reconnaître la forme du corps cellulaire; cette forme s'observe pourtant pour quelques éléments, on peut reconnaître qu'elle est très variée.

Sur un côté de la préparation, on aperçoit une membrane fibreuse qui limite la tumeur sur ce point. Cette membrane est par places infiltrée de petites cellules rondes.

Observation XVII

(Pièce n° 198)

Carcinome de la glande sous-maxillaire

Il s'agit d'une tumeur de la glande sous-maxillaire, du volume d'une grosse noix très dure, dont le début remonte à cinq ans. M. le professeur Dubrueil l'a enlevée en mars 1891 à un homme de la campagne âgé d'une soixantaine d'années. La tumeur est lobulée et mal circonscrite ; d'un côté, elle se continue avec une portion de la glande encore reconnaissable ; d'un autre côté, elle a dépassé les limites de la glande et empiète sur le tissu musculaire voisin.

Ce malade revient trois mois après avec une récurrence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel, contrôlé par M. le professeur Kiener). — Une série de coupes a porté sur la glande reconnaissable. On distingue dans le lobe intéressé le groupement des lobules autour d'un point central, siège des vaisseaux principaux et canaux interlobulaires dans une glande normale. En ce siège central existe ici un bloc de tissu fibreux comprenant des amas compacts d'épithélium. Le tissu fibreux est infiltré d'un nombre assez considérable de cellules rondes. Les îlots épithéliaux ont des limites assez précises, parfois bien marquées par l'implantation perpendiculaire des cellules sur l'enveloppe conjonctive. Leur contour est irrégulier ; de la masse principale des bourgeons s'enfoncent dans le tissu conjonctif. il n'y a pas de lumière centrale, l'épithélium est compact. Quant aux caractères des cellules, il sont fort peu significatifs, et c'est la disposition d'ensemble qui les fait dénommer épithéliales. Ce sont des cellules toutes semblables, de moyenne dimension, 15 à 20 μ , avec un protoplasma déchiqueté autour d'un noyau ovale à nucléole. En ce siège et avec leur disposition ramifiée, j'attribue à ces îlots épithéliaux la signification de conduits excréteurs transformés ; au milieu d'eux existe un canal excréteur bien reconnaissable, avec un contour régulier et une grande lumière centrale, à contenu granuleux bordé d'un épithélium, ici cylindrique à deux couches, ailleurs montrant des couches entassées : c'est le début de la lésion.

Les lobules entourant le point central que je viens de décrire ne sont pas sains. Les acini sont dissociés par du tissu conjonctif déli-

cat à fibres espacées, infiltré d'une grande quantité de cellules rondes souvent réunies en amas confluents. En somme, œdème inflammatoire bien plutôt que sclérose. Les canaux excréteurs intralobulaires sont intacts, il n'y a pas de signe qu'ils doivent participer à la lésion atteignant les gros canaux. Quant aux acini, la plupart ont perdu le caractère muqueux, la compression périphérique a tassé les noyaux et réduit les corps cellulaires.

Les deuxième et troisième série de coupes peuvent être comprises dans une même description. Dans une gangue fibreuse abondante sont comprises des masses épithéliales. Le tissu fibreux est de structure grossière, infiltré par places de nappes de cellules rondes. Quelques artères d'assez gros calibre comprises dans ce tissu sont presque oblitérées par l'épaississement de leur tunique interne. Les masses épithéliales sont à contour net; ce contour est parfois arrondi et on peut alors observer une faible lumière au centre de l'amas; ou bien le contour est sinueux du fait des traînées qui, de l'amas principal, se ramifient dans le tissu fibreux. Les cellules sont les mêmes que j'ai dites dans la première série de coupes.

Cette tumeur est un carcinome examiné à une phase initiale très chronique de son développement. Celui-ci s'effectue aux dépens des seuls gros canaux excréteurs. L'épithélium de ceux-ci prolifère, dilate et comble leur lumière: puis cette masse épithéliale bourgeonne. En même temps, autour des gros canaux excréteurs se constitue une gangue fibreuse atrophiant la glande.

D'après ces cinq observations, qu'est-il permis d'écrire de général sur le carcinome des glandes salivaires?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — J'ai trouvé dans trois cas une structure alvéolaire, et décrit en histologiste consciencieux les particularités du stroma et celles des cellules. Si, dans les observations XIV et XV, les caractères histologiques du tissu coïncident bien avec la marche rapide, je n'ai pas trouvé même concordance pour l'observation XVI, où la marche est lente, bien que l'épithélium prédomine dans la coupe. Au contraire, dans la pièce 198, observation XVII, je dirais volontiers que les coupes sont éloquentes à expliquer la lenteur

d'allures. La prolifération épithéliale limitée aux canaux excréteurs et bridée par une dense et considérable barrière fibreuse, c'est bien là un mal tenace de sa nature, qui résiste au processus curateur, mais qui pourtant progresse peu, enrayé qu'il est par l'énergique réaction formative du tissu fibreux. Il y a là un aspect très particulier du carcinome, lequel, envisagé dans cette forme et à cette période de son évolution, est fort éloigné du stade alvéolaire dont l'image s'associe au nom de carcinome par une obsédante tradition. Ayant souligné cette observation, des quatre la plus remarquable par sa particularité anatomique, je prends maintenant la question par le bout clinique.

CLINIQUE. — L'observation de M. Michaux est certainement des cinq la plus caractéristique. Le carcinome s'y montre avec sa terrible malignité. En cinq mois il a plus que comblé le creux parotidien, en neuf mois il tue son homme. Si la tumeur est au début une petite grosseur mobile, ce n'est pas pour longtemps. Bientôt la tumeur se fixe, augmente de volume et se ramollit, la peau dès le quatrième mois adhère, puis se vascularise et s'ulcère. L'état général est mauvais. Les troubles fonctionnels, eux aussi, sont bien en rapport avec ce qu'on sait de l'anatomie pathologique du carcinome en général; les plus importants dépendent de la sclérose diffuse, qui peut transformer rapidement dans sa totalité une glande envahie en un de ses points par le carcinome. Ainsi s'explique la paralysie faciale précoce; si le nerf facial au début n'est pas englobé par le néoplasme lui-même, il est enserré par l'induration diffuse de la glande, ses fonctions s'abolissent. De la même induration dépendent probablement les troubles de l'ouïe, la gêne de la mastication, et enfin les douleurs. Si les nerfs sensitifs protestent peu dans le squirrhe atrophique, c'est peut-être à cause de la lenteur de l'évolution. Ici ils

répondent par des manifestations douloureuses à une compression plus rapide. Enfin la généralisation terminale clôt la scène pathologique ; c'est bien encore la fin naturelle des histoires de carcinome.

Mon observation XIV reproduit bien pour la sous-maxillaire ce que la précédente montre à la parotide. En quatre mois une petite tumeur mobile se fixe, prend le volume du poing, adhère aux os, s'ulcère. L'évolution est accompagnée de vives douleurs.

Aucune des tumeurs que j'ai passées en revue avant le carcinome, aucune, sans en excepter le sarcome, ne s'est montrée capable d'évolution si rapidement maligne, ne s'accompagnait de troubles fonctionnels comparables. De sorte que si toutes les observations étaient calquées sur les deux précédentes, les variétés du carcinome distinctes du squirre atrophique auraient comme celui-ci une physionomie clinique qui les feraient aisément reconnaître. Mais voici que dans les trois autres observations, se rapportant aux pièces 316, 251 et 198, le carcinome a évolué sans presque aucune de ces caractéristiques qui devaient servir à le dépister. Dans l'observation XV, pièce 316, on trouve à la vérité l'évolution rapide chez un homme âgé. Mais la tumeur, alors qu'elle a acquis le volume d'une petite pomme, est si nettement enkystée qu'elle a une surface lisse ; elle est pédiculée. L'observation ne parle ni de paralysie faciale ni de douleurs, alors que ces symptômes fonctionnels sont si criants qu'ils prennent leur place presque de force dans les observations les plus sommaires. De l'observation 251, je puis parler en toute assurance, l'histoire est récente et je dois à l'obligeance de M. le docteur Reynaud le détail des circonstances cliniques. Ici l'évolution est lente, la tumeur met une année à atteindre le poids de 20 grammes. Il n'y a pas de paralysie faciale, pas de troubles de l'audition ; les troubles fonctionnels se bornent à quelques douleurs. La tumeur

est dure et fixée dans la rainure parotidienne, c'est vrai ; mais, si je consulte le détail de l'opération, je trouve que la dissection a pu se faire avec le doigt et la spatule dans les parties profondes, au lieu qu'on ait eu à disséquer grain à grain, avec le bistouri, glande et tumeur intimement mêlées. La tumeur s'est laissé pédiculiser : ne pouvant poursuivre l'insertion du pédicule, on l'a lié et coupé, et voilà un cancer parotidien opéré. J'ajoute opéré à peu de frais, puisqu'on n'a pas sacrifié de peau, qu'on n'a pas enlevé de ganglions, puisqu'il n'est pas plus question de paralysie faciale dans les suites opératoires que dans les symptômes de la tumeur ; et efficacement opéré, puisque, plus de huit mois après, rien ne fait prévoir la récurrence. Je qualifierais volontiers de bon enfant un pareil cancer, et pourtant le diagnostic histologique est hors de doute. La pièce 198 ne présente pas, pour un carcinome, une marche clinique moins particulière que sa disposition histologique. Elle a mis cinq années à atteindre le volume d'une noix. Il est vrai qu'elle est dure, mal circonscrite, et récidive après quelques mois.

Voilà donc des évolutions cliniques bien différentes de tumeurs histologiquement presque semblables, ou que la connaissance du développement des carcinomes glandulaires autorise à rapprocher. En présence de ces faits, l'idée qu'il peut s'agir de maladies différentes se présente à l'esprit et pourrait être soutenue ou combattue par des arguments de valeur. Les structures sont des signes d'identité trompeurs, pourraient dire les dualistes, dont l'étude de l'anatomie pathologique apprend chaque jour à se défier davantage ; un groupement qui prétend être naturel ne peut réunir des affections aussi différentes de gravité que celles que vous nous avez présentées. A quoi répondraient les unicistes : Si, dans une série de cas, un même organe réalise des formations semblables, il est permis de croire qu'une même cause y a présidé ; si donc

l'identité de structure ne prouve pas l'identité de nature, au moins est-elle une présomption forte. Et si l'évolution des cas est différente, qu'y peut-on trouver d'étonnant? Le type des carcinomes, le carcinome mammaire, est, lui aussi, variable d'allures. En dehors de la pathologie des tumeurs, les maladies infectieuses, dont nous tenons la cause, ne nous donnent-elles pas l'exemple des modes les plus variés? Voyez la tuberculose. L'atténuation ou l'activité de la cause, les conditions différentes des organismes atteints, justifient les évolutions variables d'une maladie.

Pour moi, je trouve le plus de valeur à ces derniers arguments, et crois à l'unité de nature des cas que j'ai présentés, tout en regrettant que la démonstration étiologique ne puisse être faite.

Avant de conclure, je présenterai cette remarque, qu'il est difficile d'apprécier la fréquence relative des cas à évolution maligne et des cas plus bénins dont je rapporte l'exemple. En effet, les carcinomes malins n'étant pas opérés, les cas bénins viennent seuls figurer dans les collections d'anatomie pathologique.

Je résumerai en ces termes les considérations que je viens de présenter :

Le carcinome des glandes salivaires constitue un groupe naturel d'affections.

Le squirrhe atrophique de la parotide a des caractères constants et tranchés.

Dans ses autres formes, le carcinome peut révéler sa nature par une évolution particulièrement maligne : accroissement rapide, fixité précoce, ulcération, adénopathie, douleurs. S'il s'agit de tumeurs parotidiennes, à ces signes il faut ajouter : paralysie faciale précoce, gêne de la mastication, troubles de l'ouïe.

Dans d'autres cas, dont la fréquence relative ne peut être

déterminée, le carcinome évolue avec des caractères de bénignité qui rendent impossible son diagnostic clinique. Le retentissement ganglionnaire, la fixité précoce et les troubles fonctionnels font défaut; l'accroissement est médiocrement rapide. Même dans ces cas, la récurrence peut s'observer.

CHAPITRE XI

Anatomie pathologique d'ensemble des tumeurs des glandes salivaires. — Classification.

Dans les chapitres précédents, j'ai analytiquement étudié les tumeurs des glandes salivaires, ordonnées d'après des particularités de structure. Je vais maintenant présenter synthétiquement leur anatomie pathologique et chercher si quelque idée générale peut être dégagée de cet examen d'ensemble.

L'angiome et le lymphangiome, le lymphadénome, le lipome, je me borne à cette place à rappeler qu'on les rencontre quelquefois aux glandes salivaires. Ils n'ont, dans le sujet que je traite, d'autre importance que celle de traquenards du diagnostic. Une mention, et je passe.

Le sarcome mélanique paraît être une maladie spéciale.

Les autres tumeurs peuvent être rangées en deux groupes : le premier comprend les tumeurs épithéliales, le second les tumeurs conjonctives, avec ou sans formations épithéliales.

De tumeurs épithéliales je ne connais qu'un genre, réserve faite de quelques rarissimes et presque fabuleux adénomes acineux typiques. Ce genre, c'est le carcinome que j'ai trouvé aux glandes salivaires, semblable dans les cas accentués à ce qu'il est au sein, pouvant revêtir le type squirrhe atrophique ou le type encéphaloïde. Histologiquement, j'ai eu l'occasion

dans trois cas de l'étudier au stade alvéolaire de son évolution, sans y trouver de particularité histologique remarquable. Un quatrième cas m'a montré la lésion immobilisée à son début par la réaction conjonctive.

Tandis que le carcinome représente une maladie de l'épithélium, dans les tumeurs du second groupe la cause morbide atteint à la fois le tissu conjonctif et l'épithélium. Aussi est-il de règle que ces tumeurs présentent à l'examen une trame conjonctive et des formations épithéliales, l'un ou l'autre élément prédominant suivant les tumeurs ou le point examiné. Mais il arrive aussi qu'on se trouve en présence d'une tumeur conjonctive pure : ceci se présente dans deux cas différents : ou bien il s'agit d'une tumeur volumineuse de développement lent : on doit admettre alors que le développement conjonctif prépondérant a étouffé les néoformations épithéliales, et cette supposition est autorisée par l'examen d'autres tumeurs, où l'épithélium très atrophié est fort difficile à distinguer ; ou bien la tumeur est petite et de développement rapide : c'est alors un sarcome, une maladie conjonctive pure ; il n'y a pas eu de réaction formative de l'épithélium, celui-ci s'est atrophié primitivement.

Quant aux tumeurs petites et de développement lent toutes les observations que j'en connais, celle de Pérochaud en particulier, me les ont toutes montrées mi-partie épithéliales et conjonctives.

Les néoformations conjonctives et épithéliales sont capables de réaliser les types les plus variés. Ces types, je les ai étudiés en détail dans les chapitres précédents, je vais ici les rappeler dans une revue rapide. Voyons d'abord de quoi est capable le tissu conjonctif.

Celui-ci a une tendance marquée à évoluer vers le cartilage. Pour expliquer la formation de cartilage dans les tumeurs des glandes salivaires, on a invoqué (Virchow le pre-

mier, je crois) la formation de ces glandes au voisinage du cartilage de Meckel, comme on a invoqué la formation à côté des vertèbres primitives pour le testicule. Le fait est certain, quelle que soit la raison : un grand nombre de tumeurs parotidiennes ou sous-maxillaires sont chondromes pour leur partie conjonctive. Le cartilage peut être embryonnaire ou adulte, ou subir diverses dégénérations. Embryonnaire, il peut avoir une structure très voisine du sarcome ou être un simple amas de cellules rondes ou rameuses. Adulte il est à cellules rondes ou rameuses avec ou sans capsule ; il est hyalin, fibreux ou élastique. Enfin il peut subir la dégénération muqueuse, ou des hémorragies se font dans les territoires ramollis.

Le tissu conjonctif peut aller aussi au type fibrome et au type myxome. Le tissu fibreux présente peu de particularités intéressantes. La plus notable est la dégénération hyaline qui se réalise quelquefois et constitue une des caractéristiques du cylindrome.

Le tissu muqueux peut se constituer d'emblée au même titre que le fibrome ou le chondrome ; on n'y trouve aucun indice de dégénération : on a alors le myxome vrai. Je distingue de ce myxome vrai le tissu dégénéré qui peut provenir de la fonte muqueuse d'autres tissus conjonctifs.

La trame conjonctive d'une tumeur peut encore contenir de l'os vrai ou du tissu musculaire lisse. Enfin le tissu conjonctif peut édifier un tissu de sarcome, lequel peut subir diverses dégénérations ou former de l'os.

On voit combien variée est la constitution de la trame des tumeurs conjonctives. Toutes les aptitudes formatives du tissu conjonctif s'y vérifient.

Je passe aux formations épithéliales. Leurs contingences ne sont pas moins étendues que celle de la trame.

Les cellules sont parfois réunies en masses compactes et comblent des cavités anfractueuses creusées le plus irrégulière-

ment dans la substance fondamentale. D'autres fois elles sont disposées en un réseau dont les travées sont massives ou creusées d'une lumière parfois dilatée en kystes. Ce réseau est terminé par des bourgeons en massue ou des pointes. La limite de l'épithélium peut être marquée par une membrane propre, ou cette membrane manque. L'épithélium est tantôt indifférent : les cellules n'ont pas d'évolution déterminée. Dans d'autres cas, il existe une sécrétion de substance colloïde. Ou bien enfin l'épithélium est du type malpighien et évolue à la façon de l'épiderme, avec formation de globes perlés au centre des amas épithéliaux.

Plus nombreuses encore sont les variétés de disposition. On peut observer des figures ramifiées ayant l'exacte constitution d'un canal excréteur normal, ou des tubes juxtaposés très réguliers, ainsi que dans un adénome tubulé ; d'autres fois on trouve à fort grossissement des amas épithéliaux qui n'ont pas de membrane limitante, et l'épithélium diffusé est dans un intime mélange avec les éléments conjonctifs, ainsi que dans le carcinome ; ou bien il est disposé en bourgeons pleins à limites nettes, comme dans l'épithélioma lobulé.

Toutes les figures que je viens d'indiquer dérivent du bourgeonnement de l'épithélium dans le stroma conjonctif. La circonstance inverse peut aussi se produire, bien qu'elle soit beaucoup moins fréquente ; je veux parler du bourgeonnement papillifère du stroma dans la lumière d'une formation tubulée. Dans un cas, j'ai vu se constituer ainsi des végétations comparables à celles des kystomes ovariens. Enfin, dans le cas de cylindrome, cette végétation intracanaliculaire, suivie de dégénération hyaline et de nécrose, caractérise la tumeur.

Telle est la très grande variété des diverses structures conjonctives ou épithéliales que l'on peut rencontrer dans cette seconde classe de tumeurs des glandes salivaires, com-

prenant à peu près tout ce qui n'est pas carcinome. Si le cartilage, le tissu fibreux, le tissu sarcomateux, sont assez semblables en ce siège à ce qu'ils sont ailleurs, on n'en peut dire autant de l'élément épithélial, qui, par la variété et la singularité de ses dispositions, distingue de toutes les autres tumeurs conjonctives les tumeurs des glandes salivaires. On vérifie ici cette loi plus générale qui ressort de l'étude des tumeurs, à savoir que le siège où se développe une néoplasie est un élément presque aussi important que sa cause pour déterminer quelle sera sa structure. C'est ainsi qu'avant d'arriver au stade alvéolaire le carcinome passe par des étapes très différentes, suivant qu'il est développé au testicule ou à la mamelle; c'est ainsi qu'un chondrome parotidien présentera des particularités qui manqueront au chondrome des os, ou que le fibro-adénome des glandes salivaires montrera des images qu'on ne rencontre jamais dans le fibro-adénome du sein. Rien n'est plus logique : une tumeur est le produit de la réaction d'un tissu à une cause qui excite sa prolifération; quoi d'étonnant que la qualité des éléments qui prolifèrent soit un facteur important pour déterminer le type de la néoplasie constituée ? Après avoir renoncé à la cellule cancéreuse, à l'élément anatomique caractéristique d'une maladie, il ne faut pas croire davantage qu'il existe un groupement cellulaire si étroitement lié à une cause de néoplasie qu'il se réalise identique partout où cette cause s'abat. Chaque tissu réagit à sa façon.

CLASSIFICATION. — Les formations épithéliales n'apportant au pronostic des tumeurs conjonctives aucun élément de gravité, quelle que soit leur disposition, l'abréviation *adéno* entrant dans un mot composé indique commodément leur existence dans une tumeur étudiée; si le stroma est surtout formé de cartilage, la tumeur est dite adéno-chondrome, ou adéno-fibrome, si la matrice est surtout fibreuse. Si la partie

conjonctive est très variée, ici chondrome, ici sarcome, ailleurs myxome, sans prédominance décidée d'une structure, on se sert du mot commode de tumeur complexe. On voit que rien n'est plus simple que l'étiquetage d'une tumeur.

Mais le point sur lequel je veux bien insister, c'est qu'on n'a fait ainsi qu'un étiquetage et point du tout un classement. On a appliqué à la tumeur un nom indiquant brièvement de quels tissus elle est faite, ce qui est commode, et on n'a pas du tout prétendu désigner par ce nom la classe naturelle où elle doit être rangée. Après avoir fait cette opération d'étiquetage pour un certain nombre des tumeurs dont je parle en ce moment, si on réunit les tumeurs groupées sous une même rubrique, on aura fait une classification artificielle qui pourra servir comme moyen d'étude (c'est précisément celui que j'ai employé), mais on se trouvera avoir fait une séparation artificielle dans un groupe naturel, et on étudiera séparément des tumeurs qui ont la même histoire clinique et que réunissent les liens anatomiques les plus étroits. Les ressemblances cliniques, je les indiquerai mieux dans le chapitre suivant : ici ce sont les parentés anatomiques que je veux faire ressortir.

Le mélange très fréquent des différents tissus de substance conjonctive dans une même tumeur n'est-il pas bien significatif ? Il est évident qu'une cause unique a présidé au développement d'une tumeur complexe. Si donc, sous l'influence d'une même cause, il s'est développé dans une même tumeur, ici un lobe de sarcome, là un lobe de chondrome, n'est-ce pas la démonstration que le chondrome et le sarcome (ces noms désignant une structure et non pas une maladie) sont les produits de la réaction différente d'un même tissu à une même cause morbide ? C'est toujours la même maladie, définie par sa cause, laquelle nous demeure inconnue, seulement tantôt c'est du chondrome que cette cause fait lever, tantôt du sarcome, tantôt les deux à la fois.

Une démonstration frappante de ce que j'avance est fournie par des faits de récidence où la première tumeur enlevée est, par exemple, un adéno-fibrome ou un chondrome, et où la récidence est un sarcome pur. Voici un bel exemple de pareils faits.

Observation XVIII

(Pièce n° 137)

Tumeur parotidienne récidivante présentant à l'origine la structure d'un adénomyome, récidivant comme sarcome ossifiant (Voir obs. X, pièce 263).

Homme, quarante-trois ans. M. le professeur Dubrueil lui enlève en janvier 1890, une tumeur qui constitue une deuxième récidence, deux opérations antérieures ayant été faites. La tumeur a le volume d'un œuf de poule, elle est bosselée, bien circonscrite et lisse à sa surface, dure, de consistance rappelant celle du chondrome, et renferme plusieurs kystes du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (personnel). — La préparation est limitée sur un de ses côtés par la membrane d'enveloppe qui circonscrivait la tumeur. C'est une membrane fibreuse formée de faisceaux conjonctifs assez serrés, disposés sur plusieurs couches et vus par leur section ou suivant leur longueur. La membrane est fort riche en vaisseaux de toutes dimensions, présentant la structure de capillaires, de veinules, ou d'artérioles à riche tunique musculaire. On y voit encore des traînées de fibres musculaires lisses, indépendantes des vaisseaux, et de petits groupes de vésicules adipeuses.

Le tissu de la tumeur se compose de formations adénomateuses avec bourgeonnement papillifère du stroma développées dans un tissu musculaire lisse infiltré de cellules migratrices.

Les formations adénomateuses se voient comme des lacunes de toutes dimensions disposées par groupes de telle façon que les grandes lacunes sont entourées de lacunes plus petites, indice du développement postérieur de celles-ci aux dépens des premières. Ces lacunes sont de formes très variables; les toutes petites sont régulièrement circulaires ou ovalaires; mais de très bonne heure le contour se dé

forme et devient très sinueux, ce qui peut être dû soit à la végétation du tissu conjonctif, soit à l'activité de l'épithélium poussant dans le stroma : aucune image ne permet de décider pour l'une ou l'autre interprétation. Dans les grandes lacunes, le contour extrêmement sinueux arrive à limiter de longues papilles dentelées très analogues à celles des kystomes ovariens. A la formation de ces papilles, les deux explications que je dis plus haut sont applicables ; on peut en ajouter une troisième, à savoir la fusion de cavités voisines par amincissement progressif de la cloison qui les sépare.

Un épithélium très régulièrement cubique à une seule couche avec noyau arrondi tapisse les formations adénomateuses à leur premier développement ; cet épithélium sécrète une substance qui apparaît sur les coupes granuleuse et très faiblement colorée. L'épithélium peut rester cubique à une seule couche dans de plus grandes cavités. Beaucoup plus fréquemment il se montre alors cylindrique à plusieurs couches ; cet épithélium est très semblable à un épithélium de tissu normal : il présente deux, trois ou quatre couches, les noyaux ovoides sont tous égaux ; la limite du côté de la cavité est tantôt marquée par une ligne régulière bien apparente, tantôt moins distincte, la couche limitante de cellules étant en l'état de sécrétion. Entre les cellules de ces épithéliums à couches multiples, on voit très généralement un nombre considérable de leucocytes multinucléés passant du tissu conjonctif dans les cavités glandulaires. Le contenu de ces cavités a presque partout disparu ; le peu qu'il en reste adhère aux parois montre d'assez nombreux leucocytes dans une substance granuleuse.

En quelques points de la préparation, on voit un moule d'une substance anhiste fortement colorée combler la lumière circulaire ou ovale d'un petit cul-de-sac. L'épithélium est comprimé ou méconnaissable. Je pense qu'il s'agit d'un cul-de-sac qui s'est trouvé isolé de sa continuité avec son conduit excréteur et distendu par son produit de sécrétion épaissi.

Autour d'un certain nombre de tubes on observe une couche claire très mince de tissu conjonctif délicat, semblable à la gaine des culs-de-sac glandulaires normaux.

La matrice des formations adénomateuses que je viens de décrire est abondante et occupe sur la coupe plus de place que les lacunes glandulaires. Elle est formée de tissu musculaire lisse ; les cellules

musculaires sont accolées en faisceaux dirigés en tous sens : vus suivant leur longueur ils montrent les longs noyaux cylindriques flexueux caractéristiques, sur la section transversale on voit les champs polygonaux inégaux accolés, avec ou sans point coloré central suivant que la section intéresse ou non le noyau. Le tissu musculaire pénètre dans les papilles. Une faible quantité de tissu conjonctif réunit les faisceaux musculaires et entoure immédiatement les tubes adénomateux ; il se reconnaît surtout aux noyaux de ses cellules, noyaux grêles, allongés et colorés, ou gros, vésiculeux, ovoïdes, parfois bosselés.

Quelques rares vaisseaux capillaires parcourent le tissu.

Enfin, dernière et notable particularité de cette tumeur, le tissu est infiltré d'une quantité très considérable de cellules migratrices. Ces cellules sont surtout nombreuses autour des tubes adénomateux et des vaisseaux ; elles y sont abondantes au point qu'on n'y distingue pas d'autre élément. Ce sont des cellules rondes avec un seul petit noyau rond vivement coloré.

Cette tumeur présente plusieurs particularités intéressantes :

1° Sa qualité de myome ; c'est le seul exemple que je connaisse de tumeur à fibres lisses dans les glandes salivaires. Aux dépens de quelles fibres lisses ce tissu si différencié s'est-il développé ? Les canaux excréteurs des glandes salivaires étant totalement dépourvus de fibres musculaires, je ne vois que les vaisseaux capables d'avoir fourni la matière première ;

2° Le caractère inflammatoire du tissu, que rien n'explique ;

3° La tumeur récidive sous la forme du sarcome fibroblastique périvasculaire. Avec la notion de cette transformation, je cherche dans la structure du tissu les caractères qui pouvaient la faire prévoir et je n'en trouve aucun. En effet, si je cherche à résumer en quelques mots les caractéristiques du sarcome, je dirai volontiers que le sarcome est constitué par des cellules conjonctives en voie de rapide multiplication ; le développement aux dépens du périthélium des capillaires lui donne un arrangement souvent caractéristique ; enfin, dans ce tissu évoluant sous une influence pathologique, les éléments présentent dans leur forme et leur évolution des déviations considérables des types normaux, tandis que le tissu dans sa masse subit les transformations régressives, nécrotiques ou vasculaires habituelles aux tumeurs malignes. Il n'est question de rien de tout cela dans la tumeur que j'ai

examinée ; le tissu conjonctif y est peu abondant, rares les vaisseaux : l'infiltration leucocytaire n'a pas d'importance, car inflammation n'est pas malignité ; et je ne peux voir en somme autre chose dans les coupes que des formations épithéliales de types normaux dans un tissu de myome.

Telle est la tumeur à ce moment. La tumeur récidivée est ce sarcome ossifiant (obs. X, pièce n° 263) dont le lecteur a trouvé l'observation au chapitre consacré au sarcome. N'est-il pas séduisant d'envisager ce fait comme une rechute, de dire que tumeur primitive et récidive sont les deux formes différentes d'une même maladie, la *maladie sarcomateuse*, laquelle n'a fait que reprendre, avec une modalité anatomique différente, son cours interrompu par l'intervention ? Pour moi, le lecteur a pu voir que j'accueillais cette vue et que je rapportais à une même maladie les tumeurs qui ont fait le sujet des premiers chapitres de cette étude, à savoir l'adénocarcinome, l'adéno-fibrome, le myxome et le sarcome, en réservant le sarcome mélanique. Dans cette conception, la malignité plus grande de certaines de ces tumeurs, du sarcome à marche rapide par exemple, tiendrait à des particularités de structure, à des variétés dans l'énergie de la cause, et non pas à une différence de fond.

Ainsi qu'on le voit, la classification que j'adopte prétend être naturelle : la classification d'après les seules structures est une classification artificielle ; elle réunit sous une même rubrique des affections évidemment différentes. Les tumeurs des glandes salivaires fournissent un bon exemple de cet inconvénient. Voici l'observation V de la thèse de M. Pérochaud : chez une femme de cinquante ans on enlève une tumeur parotidienne qui a mis vingt-cinq ans à atteindre le volume d'une noix. L'examen histologique montre dans une trame fibreuse dense des amas épithéliaux dont la disposition rappelle, soit

l'épithélioma cylindrique, soit même les trainées de squirrhe. J'appelle une pareille tumeur adéno-fibrome. M. Pérochaud, appliquant la classification d'après la structure, range la tumeur dans les épithéliomas. Le principe qui dicte pareille application de mots me paraît vicieux. Le nom d'une maladie évoquant ses types cliniques les plus accentués, quels aspects me représente le mot épithélioma ? Il me représente le cancroïde de la face, des lèvres ou de tout autre partie du tégument externe, mal plus ou moins rapide dans sa marche, mais progressif, tenace, étendu au delà de ses limites apparentes, récidivant, infectant les ganglions, ou même se généralisant ; il me représente l'épithélioma de la langue, rapide, inexorable, ou bien encore l'épithélioma du rectum entraînant constamment la cachexie et la généralisation, ou le cancer de l'utérus, ou l'épithélioma de l'estomac, variété du cancer clinique. Par opposition avec ces graves néoplasies, toujours diffuses, j'évoque le tableau clinique des tumeurs dénommées épithélioma dans les glandes salivaires, tumeurs bien délimitées ou même encapsulées, qu'on extirpe sans plus de frais qu'une tumeur bénigne et qui ont des chances de ne pas récidiver. Et, opposant les deux tableaux, je ne puis m'empêcher de trouver vicieuse une classification qui amène à ranger sous une même rubrique des affections aussi dissemblables. Peut-on s'étonner que le groupement des tumeurs d'après la structure réunisse des affections évidemment séparées de nature ? Non, on ne peut s'en étonner. Hors du domaine des tumeurs, on vérifie maintes fois en anatomie pathologique qu'il n'existe pas de groupement cellulaire absolument caractéristique pour une maladie : plusieurs agents morbides peuvent réaliser la même lésion, et un seul agent peut produire des lésions différentes. Aussi une maladie ne peut être définie par sa lésion, et c'est dans les notions de cause qu'il faut chercher les raisons légitimes de séparer ou de grouper les affections. Par malheur,

la science n'est guère instruite sur les causes des tumeurs, et le fondement étiologique manque aux classifications. Au moins peut-on chercher à réunir les tumeurs que rapproche leur histoire clinique aussi bien que leur structure, et à constituer ainsi pour les tumeurs de chaque glande des groupements naturels qui ont chance d'être sanctionnés par les progrès de l'étiologie. Pour les glandes salivaires, je comprends ainsi le groupement : d'une part, la *maladie épithéliale* comprenant le seul carcinome ; d'autre part, la *maladie sarcomateuse*, comprenant les tumeurs conjonctives, avec ou sans formations épithéliales.

Il me reste à parler des transformations des tumeurs. Si une tumeur bénigne peut se changer en sarcome, on comprendra, d'après ce qui précède, que je n'admette pas la question sous cette forme : le sarcome n'a pas une gravité pronostique tellement supérieure aux autres tumeurs conjonctives qu'on puisse l'opposer comme tumeur maligne aux autres réputées bénignes. De plus, rapportant toutes ces tumeurs à la même maladie, je ne puis admettre qu'il y ait transformation, changement d'espèce morbide. Du tissu sarcomateux peut sans doute se développer dans une tumeur conjonctive qui n'en contenait pas à l'origine ; l'évolution et le pronostic peuvent n'en être pas sensiblement aggravés, et en tout cas il n'y a pas eu substitution à la maladie initiale d'une maladie différente.

Une autre question est de savoir si une tumeur du second groupe peut se transformer en carcinome. Une tumeur conjonctive avec formations épithéliales existe ; sur cet épithélium la cause du carcinome viendrait s'abattre, et voici que la tumeur aurait changé de nature et qu'un carcinome se développerait. Ainsi comprise, je ne vois pas d'objection théorique à la possibilité de la transformation. Mais existe-t-il des observations où l'on puisse soupçonner l'évolution que

j'ai dite? J'ai relevé deux faits semblables dans la littérature. Le plus frappant, dû à deux auteurs italiens, est reproduit dans la thèse de Jouliard (1).

(1) Jouliard, Thèse Paris, 1887-88, obs. II.— Chez une femme de cinquante-six ans, une tumeur sous-maxillaire a présenté, pendant seize ans, tous les caractères de la bénignité. En quelques mois, le volume augmente, la tumeur se fixe, se complique d'adénopathie, l'état général s'altère. La malade ayant succombé à l'opération, on trouve que la tumeur est constituée par un noyau cartilagineux entouré d'une couche de tissu cancéreux. Poumons et plèvres sont farcis de nodules secondaires, les uns cartilagineux, les autres présentant la structure pure du carcinome.

CHAPITRE XII

Revue clinique. — Diagnostic

Dans l'immense majorité des cas, une tumeur de la parotide ou de la sous-maxillaire est, soit un carcinome, soit une tumeur conjonctive avec ou sans néoformations épithéliales.

Le carcinome peut revêtir le type squirrhe atrophique; auquel cas, s'il s'agit de la parotide, l'affection a des caractères constants et tranchés. Les traits principaux en sont la paralysie faciale initiale, la dépression parotidienne d'où partent des sillons rayonnés, le recroquevillement du pavillon, les troubles de l'ouïe, l'adénopathie, la rougeur et l'induration de la peau.

Dans ses autres formes, le carcinome peut révéler sa nature par une évolution particulièrement maligne : accroissement rapide, fixité précoce, ulcération, adénopathie, douleurs. S'il s'agit de tumeurs parotidiennes, à ces signes il faut ajouter la paralysie faciale précoce, la gêne de la mastication, les troubles de l'ouïe. Mais il arrive aussi que le carcinome évolue au début avec certains caractères de bénignité. Le retentissement ganglionnaire, la fixité précoce et les troubles fonctionnels font défaut; l'évolution est médiocrement rapide. Il est difficile d'apprécier la fréquence des cas à symptomatologie peu caractéristique. Leur existence diminue singulièrement la précision des règles que l'on peut poser pour guider le diagnostic.

Les tumeurs conjonctives, avec ou sans néoformations épithéliales, constituent un groupe naturel comprenant le chondrome et l'adéno-chondrome, l'adéno-fibrome, le myxome et enfin le sarcome, réserve faite du sarcome mélanique. Une description clinique d'ensemble peut être donnée de ces tumeurs, c'est celle que les auteurs appliquent à l'adéno-chondrome ou aux tumeurs mixtes. J'en reproduis ci-dessous les traits principaux.

Ces tumeurs apparaissent dans la première moitié de la vie. Quand le porteur aperçoit leur existence, c'est une petite nodosité dure, roulant sous le doigt, grosse comme un pois-chiche ou une noisette, semblable à un ganglion et siégeant à la région sous-maxillaire ou en un point quelconque de la surface parotidienne. La tumeur peut s'accroître suivant plusieurs modes : l'accroissement peut être lent et graduel, ou bien lent au début, puis marqué par des poussées, ou enfin rapide dès le début ; le sarcome paraît surtout capable de réaliser ce dernier mode. Le volume atteint peut dépasser celui d'une tête d'enfant nouveau-né.

Très généralement la tumeur, même très volumineuse, garde de la mobilité. Cette mobilité peut aussi se perdre d'assez bonne heure, la tumeur, tout en gardant des limites nettes, ayant contracté des adhérences avec les parties voisines. La surface est unie, ou beaucoup plus souvent bosselée, la consistance est très variable d'une tumeur à l'autre ou dans les points différents d'une même tumeur. La peau est mobile ; longtemps saine, elle peut s'amincir, devenir luisante, rouge, enfin s'ulcérer au niveau des bosselures saillantes. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont peu de chose : quelques douleurs ou élancements accompagnent les poussées d'accroissement, les tumeurs volumineuses gênent par leur poids. Pour la parotide, on ne trouve pas les signes spéciaux de paralysie faciale, d'induration du conduit auditif, de gêne de la mastication ;

une seule fois, sans doute par un accident très particulier, un adéno-fibrome a amené la paralysie faciale. L'état général est intact. Il n'y a pas d'adénopathie. Les récurrences paraissent assez fréquentes. On ne voit pas que ces tumeurs se généralisent.

A ce tableau général, je n'ai à ajouter aucun trait particulier pour le chondrome, l'adéno-chondrome et l'adéno-fibrome. Le sarcome paraît seul capable d'accroissement rapide dès le début, de se fixer et de s'ulcérer rapidement. Les observations de myxome se rapportent à des tumeurs de faible volume, dont la consistance ferme ou dure ne laissait pas deviner la nature du tissu.

Le lecteur ne s'étonnera pas que le chondrome, pur ou mêlé d'épithélium, l'adéno-fibrome et le myxome, soient rangés dans une même catégorie clinique. Mais leur adjoindre le sarcome, variété de tumeurs conjonctives dont on a l'habitude d'opposer la malignité à la bénignité des autres espèces, c'est rompre avec les idées généralement reçues. Je veux donc justifier cette adjonction par des faits concrets. Voici deux observations où l'on ne niera pas que le sarcome ait évolué de tous points avec les symptômes connus pour ceux du chondrome ou de tout autre tumeur bénigne.

Rodriguez, observation II

Sarcome fasciculé de la parotide. Femme de vingt-sept ans. Cinq ans avant l'intervention, s'aperçut qu'elle portait au-dessous du lobule de l'oreille gauche une petite grosseur du volume d'une demi-noisette, arrondie, dure, mobile, roulant en tous sens sous le doigt et semblant située directement sous la peau. La petite tumeur augmentait un peu de volume aux époques menstruelles, un peu plus à l'occasion des grossesses, puis reprenait son volume primitif. Ayant ainsi persisté quatre ans, la tumeur, sans qu'on y puisse trouver de cause, se met à

augmenter rapidement ; elle triple de volume en six mois ; augmente plus vite encore dans les six derniers mois.

Lors de l'opération, la tumeur a le volume d'un œuf de dinde, est de forme oblongue, allongée dans le sens vertical ; s'étend du niveau du conduit auditif externe jusqu'à la partie moyenne du cou, empiète en avant sur le bord postérieur de la branche montante du maxillaire.

Tumeur bosselée, inégale ; on y sent comme des pois et des noisettes enchâtonnés dans la masse. Consistance uniforme, dure, mais non ligneuse. Cependant, vers la partie antérieure, on perçoit une saillie un peu allongée, du volume d'un gros haricot, nettement fluctuante.

La tumeur paraît mobile sur les parties profondes. La peau est normale et parfaitement mobile à son niveau.

Pas de paralysie faciale, pas de douleurs, pulsations de la temporale normales.

La tumeur, partout enveloppée d'une couche cellulaire, se laisse énucléer.

A la coupe elle présente une gangue de tissu conjonctif, dans laquelle se trouve une masse d'un blanc grisâtre, rosée par places avec des travées conjonctives la divisant en masses inégales. Au point fluctuant, se trouvait un petit kyste séreux.

A l'examen microscopique on trouve un sarcome fasciculé.

Dix-huit mois après, pas de récurrence.

Rodriguez, observation première

Femme de vingt-trois ans. Début de la tumeur douze ans avant l'intervention, pendant six ans ne dépassa pas le volume d'un grain de maïs, c'était une petite grosseur, mobile, indolore, siégeant en avant du lobule de l'oreille : depuis six ans, accroissement graduel, jusqu'au volume d'une grosse pomme de terre. Tumeur irrégulière, déformée, bosselée, de consistance inégale. Peau violacée, amincie, adhérente par points ; système veineux cutané développé.

Pas de douleurs, pas de paralysie faciale.

L'opération montre que la tumeur dépend bien de la parotide.

L'examen microscopique révèle un tissu de sarcome à l'état adulte, caractérisé par des cellules fusiformes siégeant au milieu d'une trame conjonctive très peu développée.

J'ajoute que ces cas bénins de sarcome ne sont pas ceux dont j'ai donné l'observation. Dans mon observation IX, pièce n° 234, un sarcome sous-maxillaire avait atteint en trois mois et demi un volume et une adhérence tels qu'on ne put l'enlever en entier ; d'autres exemples existent de ces évolutions malignes avec accroissement rapide, perte de la mobilité et ulcération.

Aussi puis-je prévoir une objection tirée de la possibilité d'erreurs de diagnostic histologique dans les observations semblables à celles que je viens de citer. « Le sarcome, pourra-t-on me dire, donne lieu à beaucoup d'erreurs de la part d'histologistes pas assez vieux dans le métier, qui se hâtent de diagnostiquer sarcome ce qui est seulement un tissu conjonctif riche en cellules. Pour citer l'exemple le plus connu combien de fois ne diagnostique-t-on pas sarcome des fibroadénomes de la mamelle avec tissu conjonctif jeune ! Le sarcome est tout autre chose : son édification périvasculaire peut servir souvent à le reconnaître ; de plus, le sarcome est tumeur maligne, et comme tel présente des formes atypiques et géantes des éléments, et des dégénérationes diverses, notamment de la nécrose. » Je répondrai qu'il me paraît désobligeant de prêter gratuitement des erreurs de diagnostic à ses devanciers. Puis, les particularités anatomiques que me signale mon contradicteur fictif sont-elles indispensables pour déceler un sarcome ? Je ne le pense pas. Le plan primitif périvasculaire peut rapidement devenir méconnaissable dans l'accroissement d'une tumeur. Les formes géantes et atypiques de cellules, assurément un certain nombre de sarcomes incontestables, de rapide développement, ne les présentent pas ; j'ai vu plusieurs de ces cas. Quant aux nécroses, qui ne sait qu'elles peuvent manquer dans certains cas des affections les plus capables de les réaliser ? J'ajoute que cette objection de l'erreur de diagnostic, applicable aux cas où les observateurs ont reconnu

du tissu sarcomateux dans des chondromes ou tumeurs complexes à évolution bénigne, cette objection ne vaut pas contre le fait que je rapporte de récidence sarcomateuse, après une tumeur en apparence très éloignée du sarcome. Ici, M. le professeur Kiener lui-même ayant fait les diagnostics des deux tumeurs, mon contradicteur ne doutera pas de leur exactitude. Pourquoi tiendrait-on à l'idée de la malignité constante du sarcome? Les maladies les plus graves n'ont-elles pas leurs formes bénignes, et n'ai-je pas trouvé des formes de malignité atténuée au carcinome parotidien lui-même?

On peut rencontrer, aux glandes salivaires, des tumeurs qui ne rentrent pas dans l'une ou l'autre des classes que je viens de dire; ce sont le lipome, le lymphadénome, l'angiome et le lymphangiome.

Le sarcome mélanique paraît bien être une maladie distincte: il a été observé deux fois à la parotide comme une tumeur dure, mal circonscrite, retentissant sur les ganglions. Un bouton noirâtre existant à la peau aurait pu servir dans un cas à fixer le diagnostic.

Le lipome se présente aux glandes salivaires avec les caractères cliniques qui lui sont habituels. Je n'ai pas trouvé décrite la symptomatologie des cas où le lymphadénome se développe dans les ganglions parotidiens.

Enfin, l'angiome et le lymphangiome se développent chez de jeunes enfants avec des caractères assez particuliers qui permettent leur diagnostic.

DIAGNOSTIC.— De cette revue clinique, on peut déduire les règles qui peuvent guider le diagnostic, bien que je ne me dissimule pas qu'il y ait quelque présomption de ma part à écrire pour les cliniciens, de derrière ma table à travail et mon microscope.

Je suppose que le clinicien ait déjà fait franchir à son diagnostic une première étape, éliminé les affections non néopla-

siques et reconnu qu'il existe une tumeur. Il éliminera d'abord les néoplasies exceptionnelles que j'ai indiquées en dernier lieu, sarcome mélanique, lipome, lymphadénome, angiome, lymphangiome. Ce sera facile dans beaucoup de cas.

Le pas de plus qu'il faudra faire alors consistera à dire s'il s'agit de carcinome ou de tumeur conjonctive. Ce diagnostic sera possible dans un certain nombre de cas.

S'agit-il de squirrhe atrophique parotidien, le diagnostic sera certain si le malade est vu à une période avancée de son affection. Même à une période précoce, le diagnostic pourra être affirmé presque sans réserve sur les circonstances de la paralysie faciale initiale et de la dépression parotidienne.

Pour les autres formes du carcinome, il pourra arriver encore que le diagnostic puisse être affirmé s'il s'agit de la parotide. Ce sera quand une tumeur parotidienne, rapidement développée, se sera accompagnée de paralysie faciale précoce, de douleurs, de troubles de l'ouïe et de gêne de la mastication. Pareils troubles fonctionnels ne sont occasionnés que par le carcinome (1).

Mais ces troubles sont spéciaux à la parotide : ils ne peuvent aider le diagnostic quand il s'agit de la sous-maxillaire. A la parotide même, ils peuvent faire défaut dans des cas semblables à ceux dont j'ai rapporté les exemples. Aussi, en présence d'une tumeur rapidement développée, fixée, ulcérée, siégeant à la sous-maxillaire, ou bien siégeant à la parotide et n'y amenant pas les troubles fonctionnels ci-dessus indiqués, il me paraît que le diagnostic ne pourra se prononcer avec certitude entre un carcinome et un sarcome à évolution maligne.

Voilà la casuistique du carcinome. Voyons pour la se-

(1) Je rappelle que dans un cas, un cas unique, un fibro-adenome a occasionné la paralysie faciale.

conde grande classe des tumeurs. S'agit-il d'une tumeur de lent développement, ayant débuté par une nodosité roulante rentrant dans la symptomatologie que j'ai plusieurs fois tracée des tumeurs conjonctives avec ou sans néo-formations épithéliales, on pourra affirmer qu'il s'agit d'une telle tumeur ; et les tumeurs cartilagineuses étant les plus fréquentes du groupe, il y aura plus de chances pour qu'on ait affaire à un chondrome qu'à une autre variété ; mais il me paraît que le diagnostic ne peut pas dépasser ce point en gardant la certitude : que le stroma de la tumeur soit cartilagineux ou fibreux, qu'il y ait ou non des formations épithéliales, la tumeur se présente avec les mêmes caractères, et les particularités de structure ne peuvent être révélées que par l'examen histologique. Rien ne les décèle au clinicien. Un sarcome même, ainsi que je l'ai montré, peut évoluer dans la symptomatologie commune. Aussi me paraît-il qu'il sera prudent d'être très réservé et de se borner à dire : ceci est une tumeur conjonctive ; il est probable qu'il entre dans sa constitution du cartilage et de l'épithélium, puisque c'est le cas le plus habituel de ces tumeurs, mais il se peut aussi que ce soit un adéno-fibrome ou même un sarcome.

Enfin, j'ai déjà dit qu'un sarcome peut évoluer avec des caractères de malignité que n'ont jamais présentés les autres variétés de tumeurs conjonctives. Aussi, en présence d'une tumeur de développement rapide (peu de mois), promptement fixée et ulcérée, ne s'accompagnant pas d'adénopathie, pourra-t-on éliminer l'adéno-chondrome et l'adéno-fibrome ; c'est alors entre le sarcome et le carcinome que le diagnostic sera hésitant.

CHAPITRE XIII

Pronostic et Traitement

Le pronostic du carcinome est fatal à échéance de quelques années, quand il s'agit de squirrhe atrophique parotidien ; de quelques mois pour les formes évoluant avec tous les caractères de malignité propres à cette terrible affection. Pour les cas à allures quasi-bénignes dont j'ai rapporté l'exemple, l'évolution n'a pas été suivie assez longtemps pour permettre d'apprécier le pronostic vrai. Je rappelle qu'une opération à faibles dégâts n'a pas été suivie de récurrence après huit mois.

Pour les tumeurs conjonctives, avec ou sans formations épithéliales, il n'est pas possible de porter un pronostic applicable à tous les cas. Sachant que ces tumeurs peuvent subir des poussées de rapide accroissement, s'ulcérer, récidiver, en un mot évoluer en sarcome, le chirurgien ne dira pas à son client de dormir tranquille, que son affection est sans danger ; d'une autre part, comme il est possible qu'une tumeur de cet ordre garde de longues années un faible volume et n'entraîne aucune incommodité, on aura bien le droit d'insister auprès du patient sur ces possibilités rassurantes.

Pour la conduite à tenir, qu'il me soit permis de dire simplement. l'impression personnelle que m'ont laissée mes lectures sur le point du traitement des tumeurs fréquentes.

Pour le carcinome, au moins le carcinome parotidien, forme squirrhe ou encéphaloïde, les chirurgiens sont, je crois, unanimes à s'abstenir. Pour les formes quasi-bénignes dont j'ai parlé, le diagnostic ne sera pas fait et la tumeur extirpée pour non cancéreuse.

Pour les tumeurs conjonctives, si elles siègent ailleurs qu'à la parotide, l'opération aussitôt le diagnostic fait me paraît être la conduite rationnelle; aucun inconvénient ne peut résulter de l'extirpation aseptique et bien menée d'une tumeur encore petite et mobile. Je serai plus réservé, s'il s'agit de la parotide. En effet, il m'a paru résulter de mes lectures que le chirurgien ne pouvait jamais se dire sûr de ménager le facial, même quand il intervient pour une tumeur petite et mobile. La mobilité peut appartenir à une tumeur qui a en réalité des adhérences; ou bien on croit à une tumeur dure, énucléable, et on tombe sur une tumeur friable qu'il faut enlever par fragments en s'exposant à des dégâts. Aussi, s'il s'agit d'une tumeur petite, mobile, stationnaire, il vaut mieux, sachant qu'elle peut rester telle indéfiniment, il vaut mieux la respecter que de s'exposer à donner à son opéré une hémiplégie faciale (1) dont il sera beaucoup plus malheureux que de sa tumeur.

C'est cette réserve opératoire que conseillaient en 1860 les auteurs du *Compendium*, qui, à vrai dire, avaient à compter avec les complications septiques, mais se motivent surtout sur la possibilité de blessure du facial.

Si la tumeur s'accroît rapidement, gêne par son volume, ou paraît devenir un danger, l'extirpation est alors indiquée, coûte que coûte.

(1) Cette hémiplégie faciale peut être incomplète, ou, ayant été complète, s'atténuer ou même guérir.

CONCLUSIONS

Voici les conclusions les plus générales que je voudrais voir se dégager pour le lecteur du présent travail.

Les tumeurs des glandes salivaires sont épithéliales ou conjonctives. Les tumeurs épithéliales sont des carcinomes, et ne présentent rien de bien spécial dans leur structure. Les tumeurs conjonctives des variétés chondrome, fibrome ou myxome, contiennent presque toujours des formations dérivées de l'épithélium du lobule atteint. La partie conjonctive de la tumeur ainsi constituée n'offre pas de disposition anatomique spéciale aux glandes salivaires. Au contraire, les formations épithéliales, de dispositions et d'évolution très variées et particulières, distinguent les tumeurs où elles existent des tumeurs de toute autre région, et vérifient ainsi une loi plus générale : à savoir que la structure d'une tumeur n'est pas seulement liée à sa nature, mais aussi au tissu où elle se développe ; la qualité des éléments incités à proliférer par la cause morbide est aussi importante que cette cause même pour déterminer à l'édification de quelle structure aboutira le travail néoplasique. Aussi l'arrangement des éléments ne peut-il être la base unique d'une classification utile : on vérifie bien pour les glandes salivaires qu'une classification fondée sur la structure amène à multiplier les espèces, à réunir des affections évidemment différentes, et, en somme, complique au lieu d'éclairer.

Si, pour remplacer une classification artificielle inaccepta-

ble, on cherche, en s'inspirant à la fois de l'anatomie et de la clinique, à constituer, dans les tumeurs des glandes salivaires, des groupements que l'étiologie pourra peut-être confirmer, voici, à mon avis, comment on peut classer ces tumeurs.

Je considère que l'immense majorité peut être rapportée à deux maladies seulement :

1° La maladie carcinomateuse, comprenant le seul carcinome ;

2° La maladie sarcomateuse, dont la forme la plus maligne est le sarcome, dont les formes atténuées sont le chondrome, le fibrome, le myxome, le cylindrome. La violence de la maladie conjonctive atrophie primitivement l'épithélium, une cause atténuée l'incite au contraire à proliférer, d'où il suit que les formations épithéliales, qui sont la règle dans le chondrome et le fibrome, manquent, au contraire, dans le sarcome.

En dehors de ces deux classes, quelques néoplasies rares paraissent devoir être rapportées chacune à une cause distincte. Ce sont : 1° le sarcome mélanique ; 2° le lipome, développé par irritation mécanique ; 3° le lymphadénome, qui dépend d'une maladie générale, peut-être infectieuse ; 4° l'angiome et le lymphangiome, liés à des troubles d'évolution.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉRARD (A.). — Thèse de concours de médecine opératoire, 1841.
- BÉRARD (A.). — Article Parotide du Dictionnaire en 30 volumes, 1841.
- DOLBEAU. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide (Gazette hebdomadaire, 1858).
- BAUCHET. — Des hypertrophies de la parotide (Mémoires de la Société de chirurgie, 1860).
- Compendium de chirurgie, 1860.
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs.
- FERREIRA-ALVIM. — Enchondrome de la parotide (Thèse Paris, 1866, n° 203).
- MASSE. — Chondrome de la parotide (Thèse Paris, 1868, n° 175).
- TALAZAC. — Des tumeurs de la glande sous-maxillaire (Thèse Paris, 1869).
- BRANIAT. — Histoire des tumeurs parotidiennes (Thèse Paris, 1874).
- PLANTEAU. — Contribution à l'étude des tumeurs complexes de la parotide (Thèse Paris, 1876).
- MARNAT. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la glande sublinguale (Thèse Paris, 1877, n° 132).
- NEPVEU. — Sur l'adéno-chondrome sous-maxillaire (Mémoires de la Société de chirurgie, 1879, p. 699).
- KAUFMANN. — Das Parotissarcom pathologisch und anatomisch bearbeitet (Archiv. für klinische Chirurgie, Band XXVI, Heft 673, 1881).
- DELORME. — Article Salivaire du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. XXXII, p. 226, 1882.

- MALASSEZ. — Archives de physiologie, 1883 (Mémoire sur le cylindrome).
- MICHAUX. — Sur le cancer de la parotide (Thèse Paris, 1884).
- PÉROCHAUD. — Sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires (Thèse Paris, 1885).
- JOULIARD. — Du cancer de la glande sous-maxillaire (Thèse Paris, 1887-88, n° 141).
- RODRIGUEZ (Luis). — Contribution à l'étude du sarcome de la parotide (Thèse Paris, 1889-90, n° 240).
- OHLEN (Theodor von). — Mémoire sur le cylindrome dans « Beiträge zur pathologischen Anatomie » de Ziegler, juillet 1893.
-

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 17 juillet 1893,

Pour le Recteur,
L'inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 17 juillet 1893.

Le Doyen,

MAIRET.

TABLE DES MATIERES

	Pages.
INTRODUCTION.....	v
CHAPITRE I. — Tumeurs conjonctives, variété chondrome..	11
— II. — — — — — fibrome.....	32
— III. — — — — — myxome....	41
— IV. — — — — — sarcome....	45
— V. — Tumeurs conjonctives, variétés <i>mixtes</i> ou <i>complexes</i>	54
— VI. — Tumeurs conjonctives, variété cylindrome.	56
— VII. — Sur le sarcome mélanique.....	61
— VIII. — Sur quelques tumeurs conjonctives excep- tionnelles.....	63
— IX. — Tumeurs épithéliales. Sur l'adénome et l'épithélioma.....	65
— X. — Tumeurs épithéliales, Sur le carcinome...	71
— XI. — Synthèse anatomo-pathologique. Classifica- tion.....	86
— XII. — Revue clinique. Diagnostic.....	99
— XIII. — Pronostic. Traitement.....	107
CONCLUSIONS	109
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	111

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
